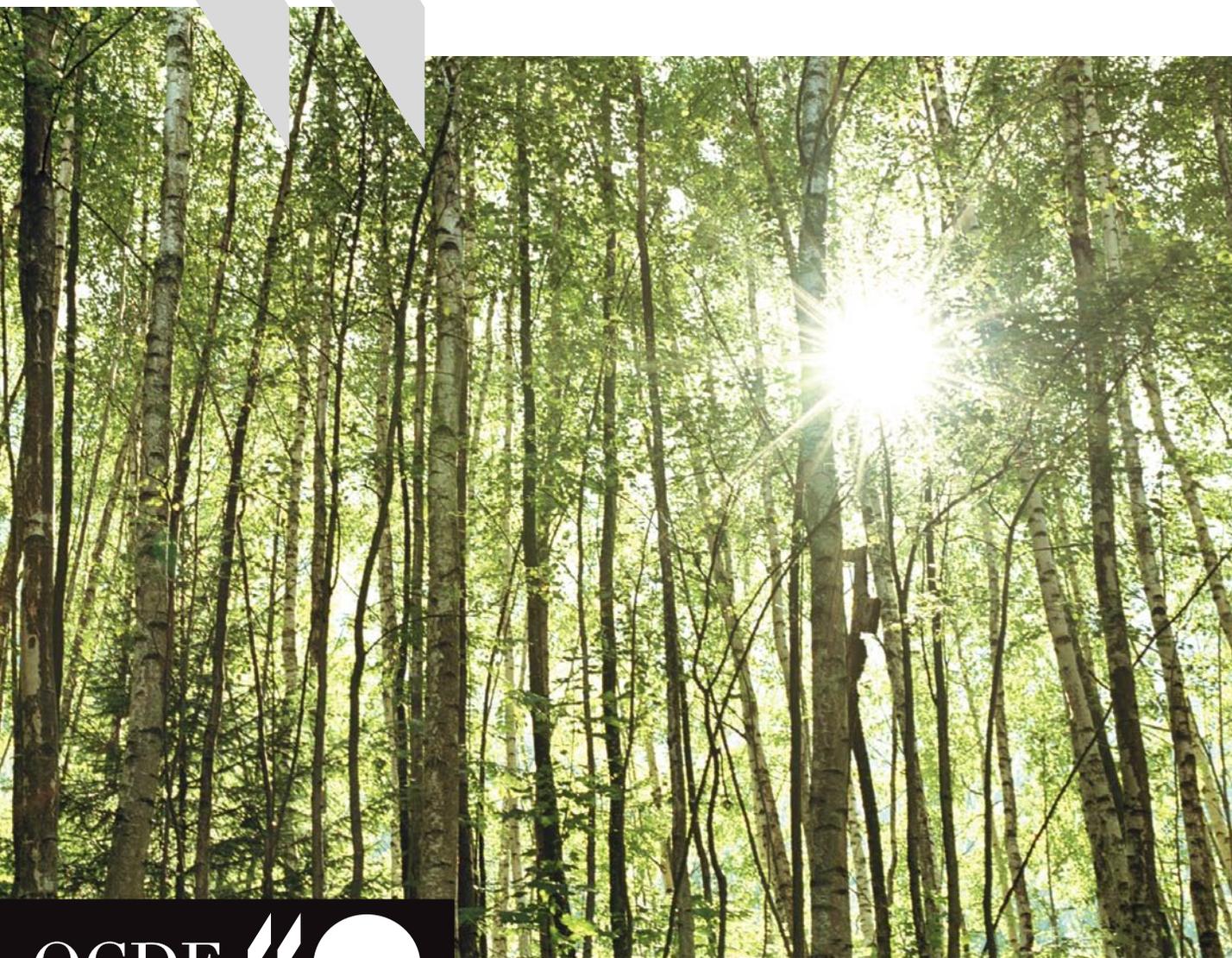




**Études économiques
de l'OCDE**

Suède



OCDE



ÉDITIONS OCDE

Volume 2005/9 – Août 2005

Études économiques de l'OCDE

Suède

2005



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements de 30 démocraties œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux, que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

Cette étude est publiée sous la responsabilité du Comité d'examen des situations économiques et des problèmes de développement, qui est chargé de l'examen de la situation économique des pays membres.

Also available in English

Table des matières

Résumé	8
Évaluation et recommandations	11
Chapitre 1. Principaux défis	23
Performance économique au cours de la décennie écoulée	26
Le défi du vieillissement : préserver l'essentiel du système de protection sociale malgré la hausse du taux de dépendance	31
Il faut accroître l'offre de travail pour maintenir le système de protection sociale	37
Atteindre les objectifs environnementaux au moindre coût	40
Le dilemme équité-efficacité	41
Conclusions	42
Notes	43
Bibliographie	43
Annexe 1.A1. Bilan des réformes structurelles	45
Chapitre 2. Renforcer les finances publiques	51
Un renforcement des finances publiques s'impose pour assurer la pérennité de l'État providence	52
L'assouplissement de la politique budgétaire a nui à la viabilité des finances publiques	56
Quels sont les instruments disponibles pour améliorer la situation des finances publiques?	62
Notes	71
Bibliographie	72
Chapitre 3. Comment lutter au mieux contre les absences pour cause de maladie et d'invalidité	73
Qui sont les malades et les invalides?	74
Vue générale du système	79
Qu'est-ce qui se fait dans les autres pays?	81
Notes	96
Bibliographie	97
Chapitre 4. Accroître le nombre d'heures travaillées	99
La Suède conjugue des taux d'emploi élevés et un faible nombre moyen d'heures travaillées	100
Il existe encore des poches dans lesquelles le taux d'activité peut être relevé ...	108
Les dispositions relatives au chômage devraient appliquées de manière plus stricte	115
Notes	121
Bibliographie	122

Chapitre 5. Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé	125
Contexte et description générale du système	126
Les points forts	131
Principaux défis	134
Résumé et recommandations en matière de réforme	154
Notes	156
Bibliographie	158
Annexe 5.A1. Indicateurs sanitaires	161
Annexe 5.A2. Aspects du mode de vie qui influent sur la santé	163



Liste des encadrés

1.1. Les comparaisons internationales sont-elles faussées par les différences de taille du secteur public?	28
1.2. Évolution récente	32
2.1. Impôts sur le revenu et temps de travail	64
2.2. Résumé des recommandations	70
3.1. Procédures normales en cas d'arrêt maladie	81
3.2. Résumé des recommandations	95
4.1. Résumé des recommandations	120
5.1. Les registres nationaux de la qualité : exemples	133
5.2. La garantie de délai d'attente maximum	137
5.3. La privatisation de l'hôpital Saint-Göran	145
5.4. Recommandations en matière de réforme	155

Liste des tableaux

1.1. Croissance de la production et de la productivité	27
1.2. Contribution à la croissance de la productivité du travail dans le secteur manufacturier	29
1.3. Les secteurs producteurs de TIC dans plusieurs économies européennes ..	30
1.4. Résumé des prévisions à moyen terme	33
1.5. Scénarios pour la durée totale du travail	34
1.6. Hausse des normes des services publics (valorisation)	36
2.1. L'écart budgétaire est considérable	54
2.2. Des mesures budgétaires discrétionnaires ont contribué à la dégradation du solde budgétaire	56
2.3. Les marges budgétaires entre le plafond et le niveau des dépenses n'ont cessé de se réduire et les dépenses fiscales ont augmenté	58
2.4. La situation financière des administrations publiques n'est pas conforme à l'objectif d'excédent	60
2.5. Le coût marginal des fonds publics est probablement significatif	66
3.1. Taux d'absence pour cause de maladie	76
3.2. Le taux d'absence ne s'explique pas par des facteurs liés à la démographie et au marché du travail	76
3.3. Évolution du taux de compensation	80
3.4. Résumé des principales caractéristiques des systèmes d'assurance-maladie ..	82
3.5. Les absences pour cause de maladie sont étroitement liées à la conjoncture en Suède	84

3.6. Les taux d'absence pour cause de maladie varient sensiblement entre les secteurs	90
4.1. Anatomie d'une année de travail type	101
4.2. Les salariés à temps plein ont réduit leur temps de travail	102
4.3. L'incidence de nouvelles mesures sur le taux de rendement privé de l'enseignement universitaire	110
4.4. Principales sources de revenus dont disposent les personnes nées entre 1927 et 1932 une fois sorties de la population active	115
4.5. Le nombre de places disponibles dans le cadre des programmes actifs du marché du travail (PAMT) a été réduit	118
5.1. Dépenses en soins de longue durée	140
5.2. Le financement des soins médicaux au niveau des comtés	149
5.3. Consommation et fiscalité sur le long terme	151
5.4. Les collectivités locales bénéficient souvent de crédits supplémentaires	152

Liste des graphiques

1.1. Sources des écarts de revenu	24
1.2. PIB et consommation privée par habitant	25
1.3. La croissance de la productivité du travail a repris	29
1.4. Le marché du travail a été long à rebondir	32
1.5. Le solde budgétaire des administrations publiques doit s'accroître	35
1.6. L'offre totale de travail est proche de la moyenne	37
1.7. L'emploi effectif est beaucoup plus faible que l'emploi mesuré	38
1.8. Taux d'emploi selon l'âge	39
1.9. La distribution des revenus est relativement équitable	42
2.1. Le vieillissement démographique pèsera sur les finances publiques	53
2.2. La hausse des dotations de l'administration centrale pourrait freiner les augmentations d'impôts des collectivités locales cette année et la suivante	59
2.3. La réalisation de l'objectif d'excédent de 2 % exigera une amélioration sensible de la situation financière de l'administration centrale	61
2.4. Des impôts élevés entraînent une réduction du temps de travail	64
3.1. Le nombre de journées de travail perdues pour cause de maladie est le plus élevé de la zone de l'OCDE	75
3.2. Inactivité pour cause de maladie ou d'invalidité	75
3.3. Taux de maladie	77
3.4. Arrêts de maladie et journées perdues	78
3.5. Fort gonflement du nombre de bénéficiaires du régime d'invalidité	79
3.6. La moitié des bénéficiaires suédois de prestations maladie ou invalidité ne se considèrent pas comme invalides	84
3.7. La couverture et la générosité déterminent le taux de bénéficiaires de prestations	92
4.1. Le coin fiscal marginal est important	103
4.2. Le salaire net est faible par rapport au revenu avant impôts	105
4.3. Les études supérieures débutent tardivement	108
4.4. Les aides relatives à l'enseignement sont généreuses, mais elles se composent essentiellement de prêts	110
4.5. Les écarts de taux d'emploi entre autochtones et immigrants sont importants	111
4.6. Les réfugiés représentent une proportion relativement forte de l'immigration	112
4.7. Le taux d'activité baisse sensiblement dans la tranche d'âge 60-64 ans	114

4.8. Les dépenses consacrées aux politiques actives du marché du travail sont élevées.	116
4.9. La protection de l'emploi est relativement stricte en Suède	119
5.1. La population est relativement âgée.	127
5.2. Les dépenses totales de santé correspondent au revenu national	129
5.3. Utilisation des ressources dans le secteur de la santé	130
5.4. Pression des dépenses sur le long terme	131
5.5. Les Suédois ne vont pas souvent chez le médecin	134
5.6. L'accès aux consultations de médecins est relativement inéquitable	136
5.7. Les dépenses pharmaceutiques se situent autour de la moyenne	147
5.8. Les dépenses de santé sont très sensibles à la conjoncture	152
5.A1.1. Indicateurs sanitaires.	162
5.A2.1. Les Suédois sont relativement peu touchés par l'obésité	163
5.A2.2. L'apport calorique est peu élevé.	164
5.A2.3. La consommation d'alcool est faible.	164
5.A2.4. Les Suédois ne sont pas de gros fumeurs.	165
5.A2.5. Les Suédois font beaucoup d'exercice.	165

STATISTIQUES DE BASE DE LA SUÈDE

LE PAYS

Superficie terrestre (en milliers de km ²)	411	Population des principales villes, banlieue	
Lacs (en milliers de km ²)	39	comprise (31 décembre 2003), en milliers :	
Terres arables (en milliers de km ²) (2003)	27	Stockholm	1 694
Bois (en milliers de km ²) (1998-2002)	227	Göteborg	817
		Malmö	536

LA POPULATION

Population (31 décembre 2003), milliers	8 976	Accroissement naturel net pour	
Densité au km ²	22	1 000 habitants (moyenne 1999-2003)	-0.4
Accroissement naturel net		Solde net des migrations	
(moyenne 1999-2003), en milliers	-1.0	(moyenne 1999-2003), milliers	24.5

LA PRODUCTION

Produit intérieur brut, 2004		Formation brute de capital fixe en 2004 :	
(en milliards de couronnes)	2 542.9	Pourcentage du PIB	15.9
PIB par habitant (en dollars des États-Unis)	38 609	Par habitant (en dollar des États-Unis)	6 155
		Emploi	
		Civil, total, en milliers, 2004	4 214
		Pourcentage du total, 2003 :	
		Agriculture, sylviculture, pêche	2.1
		Industrie	22.7
		Autres activités	75.2

L'ÉTAT

Pourcentage du PIB en 2004 :		Composition du Parlement	Nombre de sièges
Consommation publique	27.8	Sociaux démocrates	144
Recettes courantes des administrations publiques	58.2	Modérés	55
Formation brute de capital fixe des administrations publiques	2.8	Libéraux	48
		Démocrates chrétiens	33
		Gauche	30
		Centre	22
		Verts	17
		Total	349
		Dernières élections générales : septembre 2002	
		Prochaines élections générales : septembre 2006	

LE COMMERCE EXTÉRIEUR

Exportation de biens et services, 2004		Importation de biens et services, 2004	
(en pourcentage du PIB)	46.2	(en pourcentage du PIB)	38.2
Principales exportations de marchandises		Principales importations de marchandises	
(en pourcentage du total), 2003		(en pourcentage du total), 2003	
Bois, pâtes à papier, papiers	13.3	Bois, pâtes à papier, papiers	3.4
Minéraux	9.4	Minéraux	8.4
Produits chimiques	12.0	Produits chimiques	11.0
Énergie	3.2	Énergie	9.4
Construction mécanique	51.6	Construction mécanique	43.9
Autres produits	10.5	Autres produits	23.9

LA MONNAIE

Unité monétaire : la couronne		Unités monétaires par dollar :	
		Année 2004	7.35
		Avril 2005	7.08

Résumé

L'économie suédoise a connu des modifications spectaculaires, avec notamment un bond remarquable de la productivité depuis le milieu des années 90. Par voie de conséquence, le revenu par habitant regagne lentement le terrain perdu au cours des décennies antérieures. La performance du marché du travail laisse cependant à désirer. Les taux d'emploi n'ont toujours pas retrouvé leurs points hauts des années 90 et la durée du travail doit augmenter pour permettre la survie de l'État providence.

Le principal défi est de préserver les éléments essentiels du système de protection sociale en dépit du vieillissement de la population. Si la situation budgétaire de la Suède est plus satisfaisante que celle de la plupart des autres pays de l'OCDE, elle doit être consolidée pour rester viable en longue période. La contrainte budgétaire de long terme étant incontournable, il faut admettre la nécessité d'opérer un choix entre le présent et l'avenir pour ce qui est de la fourniture des services publics : plus on consommera aujourd'hui, et plus étroite sera la marge de manœuvre disponible pour les services sociaux de demain. Pour assurer la viabilité des finances publiques, un certain nombre de conditions doivent être réunies :

Renforcer la situation budgétaire

La Suède a des objectifs ambitieux en matière de finances publiques, mais les autorités doivent réaffirmer leur volonté de les atteindre, sinon l'excédent budgétaire restera largement inférieur à l'objectif de 2 % du PIB. Cet objectif devrait davantage servir de référence pour la conduite de la politique économique; les marges disponibles en dessous des plafonds de dépenses ne devraient pas être utilisées pour financer des mesures discrétionnaires, et le niveau des plafonds devrait être compatible avec l'excédent visé. Un relèvement des impôts pourrait aller à l'encontre du but recherché en longue période, dans la mesure où les coins fiscaux élevés freinent l'offre de main-d'œuvre. Les incitations au travail pourraient cependant s'améliorer si l'on ajustait l'assiette d'imposition en réintroduisant un taux uniforme de TVA et en réduisant les taux marginaux d'imposition du revenu.

Réduire les absences pour cause de maladie

Les absences pour cause de maladie et d'invalidité sont beaucoup plus nombreuses que dans la plupart des autres pays de l'OCDE, la principale raison en étant la générosité et la facilité d'accès des prestations. La Suède doit se rapprocher de l'optique fondée sur le principe de « l'obligation mutuelle » qu'elle applique déjà à l'assurance-chômage. Il faudrait essentiellement pour cela contrôler plus strictement l'éligibilité aux prestations, faire plus largement appel à des évaluations médicales indépendantes, veiller à ce que la majorité des bénéficiaires participent à des programmes de réadaptation, et introduire une modulation des primes des entreprises en fonction de leur expérience passée. Si la Suède peut se rapprocher des meilleures pratiques internationales dans ces différents domaines, le problème de l'absentéisme pour cause de maladie pourrait être largement réglé sans qu'il soit nécessaire d'abaisser les prestations.

Allonger la durée du travail

Différents dispositifs de congé contribuent également à la faiblesse de la durée moyenne du travail en Suède, et le gouvernement devrait examiner si les coûts qu'ils entraînent au niveau de l'offre de main-d'œuvre ne sont pas plus élevés que les avantages sociaux qui en découlent. On pourrait ajuster le congé parental afin d'améliorer les perspectives de gains des femmes (par exemple en augmentant la fraction qui n'est pas transférable entre les parents). Le congé pour études doit être davantage axé sur l'emploi. Quant au congé sabbatique, il ne contribue pas à l'offre de main-d'œuvre et devrait être supprimé.

Dynamiser l'emploi

Il faut que les jeunes intègrent plus tôt la population active. Cela implique de repenser les règles qui régissent l'entrée dans l'enseignement tertiaire (afin qu'un plus grand nombre d'élèves intègrent directement l'enseignement supérieur dès leur sortie de l'école) et d'encourager les étudiants à finir plus vite leur cursus (par exemple en raccourcissant la période pendant laquelle des bourses peuvent être obtenues). Quant aux travailleurs âgés, le gouvernement pourrait envisager de les inciter plus fortement à retarder leur départ en retraite. Les chômeurs trouveraient plus rapidement une activité si les programmes d'assurance-chômage et de garantie d'activité étaient profondément modifiés. Enfin, en assouplissant la règle « dernier entré-premier sorti », on pourrait réduire les absences pour cause de maladie et permettre aux travailleurs de changer plus facilement d'emploi.

Mieux utiliser l'argent public

Il est possible de faire plus avec moins de ressources dans le secteur public. En particulier, les collectivités locales devraient accepter plus facilement de faire jouer la concurrence et de recourir plus largement à la sous-traitance et à des évaluations comparatives. Le cadre réglementaire doit également être renforcé pour assurer l'égalité de traitement des fournisseurs publics et privés.

Un chapitre de cette étude examine dans le détail les moyens d'améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé.

Cette Étude est publiée sous la responsabilité du Comité d'examen des situations économiques et des problèmes de développement, qui est chargé de l'examen de la situation économique des pays membres.

La situation économique et les politiques de la Suède ont été évaluées par le Comité le 19 mai 2005. Le projet de rapport a ensuite été révisé à la lumière de la discussion et finalement approuvé par le Comité plénier le 3 juin 2005.

Le projet de rapport du Secrétariat a été établi pour le Comité par David Rae et Martin Jørgensen sous la direction de Peter Jarrett.

L'Étude précédente de la Suède a été publiée en mars 2004.

La présente Étude économique ne peut pas analyser certaines politiques qui intéressent le pays mais relèvent de la compétence de la Communauté européenne. Si quelques-unes d'entre elles peuvent être examinées dans le contexte de l'Étude de la zone euro, d'autres ne peuvent pas l'être par le Comité EDR, car la Commission européenne considère pour l'instant que les Études économiques doivent avoir une portée limitée. Aucune limite ne s'applique en ce qui concerne les politiques qui peuvent être examinées dans les Études économiques des autres pays membres de l'OCDE.

La Commission et les États membres de l'Union européenne étudient activement les moyens d'examiner dans le contexte du Comité EDR les politiques mises en œuvre à l'échelle de la Communauté et de l'Union européenne.

Évaluation et recommandations

La Suède a été l'une des économies les plus performantes de la zone OCDE

La performance économique de la Suède au cours de ces dix dernières années a été remarquable à maints égards. Le secteur des entreprises a montré sa résilience en surmontant plusieurs chocs d'assez grande ampleur, notamment un ralentissement de l'économie mondiale et l'éclatement de la bulle des télécommunications. La balance des opérations courantes a cessé d'être déficitaire pour afficher un excédent élevé et croissant. Les comptes budgétaires sont aussi devenus excédentaires, et l'État a retrouvé une position nette créditrice. L'inflation s'est maintenue à un bas niveau. L'un des signes les plus encourageants du point de vue des perspectives à moyen terme est la remarquable expansion de la productivité. Cette remontée apparaît durable et peut être en partie attribuée aux diverses réformes structurelles et macroéconomiques mises en œuvre depuis la crise économique du début des années 90. La performance du marché du travail a toutefois été moins exemplaire, même si elle est meilleure que dans beaucoup d'autres économies européennes. Les taux d'activité et d'emploi sont élevés, surtout chez les femmes et les personnes âgées, mais le taux d'emploi total n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant la crise et la durée du travail est faible par rapport à la moyenne OCDE.

De nouvelles réformes seront nécessaires pour préserver le système de protection sociale face au vieillissement et à la mondialisation

Étant donné que l'économie est foncièrement saine, le principal défi auquel est confrontée la Suède dans le long terme est de préserver les éléments essentiels de son système de protection sociale face à toute une série de pressions internes et externes. Les finances publiques subissent déjà les effets de plusieurs facteurs, et d'autres vont se faire sentir. Côté dépenses, le vieillissement de la population accroîtra la demande de services publics tels que les soins de santé et les soins aux personnes âgées. Outre ces pressions de dépense purement démographiques, il y aura certainement des demandes en faveur d'une amélioration des normes des services publics au fil du temps, surtout dans le secteur de la santé, à la fois parce que le niveau de vie s'élève et parce que les nouvelles technologies élargiront l'éventail des services susceptibles d'être offerts. Côté recettes, l'intégration plus étroite au sein de l'UE et plus généralement parlant la mondialisation rendent plus difficile le maintien des taux d'imposition élevés applicables à des bases mobiles qui sont nécessaires pour financer les ambitieux programmes de dépenses publiques du pays. L'assiette de l'impôt est aussi soumise à des pressions internes dans la mesure où les coins fiscaux élevés dépriment l'offre de main-d'œuvre et encouragent le développement de « l'économie informelle ».

La meilleure solution est de stimuler l'offre de travail

Maintenir le système de protection sociale – et plus généralement le modèle suédois égalitaire – est certainement possible, mais cela exigera de nouvelles réformes. Si la situation budgétaire est bien plus satisfaisante que dans la plupart des pays de l'OCDE, elle est un peu en deçà du niveau requis pour garantir la viabilité financière du système de protection sociale dans le long terme. L'impératif le plus immédiat est donc de respecter l'objectif gouvernemental d'un excédent de 2 % du PIB. Les finances publiques doivent être consolidées à raison d'au moins un point de PIB. Le maintien de l'excédent au niveau de l'objectif durant les 15 années suivantes permettrait l'accumulation d'actifs nets qui pourraient ensuite être utilisés pour faire face à la poussée des dépenses liées à l'âge. Il est tout aussi difficile de réduire les dépenses que d'augmenter les impôts, aussi la solution la plus attrayante pour atteindre l'excédent visé consiste à accroître l'offre de travail. Il faut principalement abaisser l'absentéisme pour maladie et invalidité et augmenter les taux d'activité des jeunes, des personnes âgées et des immigrants. Faute de progrès sur ces fronts, le gouvernement devrait se montrer encore plus ambitieux dans ses programmes d'économies ou serait contraint de réduire le système de protection sociale dans l'avenir.

Réaliser l'objectif de 2 % d'excédent s'inscrirait bien dans la perspective de sauvegarde du niveau actuel de services. Toutefois, cela éliminerait toute marge de manœuvre. Pour des raisons qui seront examinées plus loin, les seules recettes fiscales ne pourront probablement pas combler ces demandes supplémentaires. Il sera donc probablement nécessaire de réaménager progressivement le « modèle suédois ». En premier lieu, les Suédois devront décider quels sont les éléments essentiels du système qui doivent continuer d'être fournis gratuitement à tous. Deuxièmement, peut-être faudra-t-il faire appel dans une certaine mesure à d'autres sources de financement pour assurer certains services moins prioritaires. On ne pourra enfin ignorer la nécessité de procéder à un choix entre le présent et l'avenir pour ce qui est des dépenses publiques. Il existe par exemple une demande bien compréhensible de dispositifs généreux de congé parental, de congé pour études et de congé sabbatique, mais plus l'effort de travail se réduit aujourd'hui, moins le pays sera demain en mesure d'assurer des services publics.

Il faut s'employer à maintenir un équilibre approprié entre égalité et efficience

L'égalité reste l'une des toutes premières priorités des autorités suédoises et de la population. Celle-ci n'est guère prête à accepter des mesures qui élargiraient durablement l'éventail des revenus. C'est là un choix social légitime. Bien entendu, la meilleure démarche consiste à étudier des réformes qui seraient bonnes pour la croissance et qui n'auraient pas d'incidence sur la distribution du revenu dans le long terme, puis de rechercher des mécanismes de compensation pour neutraliser les éventuels effets à court terme sur la dispersion. Mais lorsque cela n'est pas possible, ces objectifs redistributifs élevés peuvent s'avérer coûteux. Il faut admettre qu'un arbitrage s'impose parfois entre les objectifs d'équité et d'efficience. La Suède risque de renoncer à des réformes bénéfiques pour la croissance qui, si elles étaient appliquées, pourraient lui permettre de réaliser bien plus facilement d'autres objectifs sociaux.

Il faut resserrer le cadre budgétaire

En comparaison des autres pays et au regard du passé, le cadre budgétaire fonctionne de façon relativement satisfaisante. La conduite de la politique budgétaire s'inscrit dans le cadre d'une budgétisation descendante, de plafonds pluriannuels de dépenses et d'un objectif à moyen terme pour l'excédent des administrations publiques. Grâce à la volonté des autorités politiques de les respecter, ces mécanismes ont permis la réalisation d'un excédent budgétaire moyen de 1.6 % ces dernières années (si l'on inclut l'année 2000, qui a été exceptionnelle), en dépit de plusieurs années marquées par une conjoncture économique médiocre. Certains signes montrent cependant que ce cadre commence à vaciller. Si les plafonds ont aidé à contenir les dépenses, le gouvernement ne les a respectés ces dernières années que parce que certaines dépenses ont été assurées par des dépenses fiscales. Qui plus est, le budget 2005, fortement expansionniste, est incompatible avec l'objectif concernant l'excédent. À moins que certaines dépenses prévues ne soient réduites, l'excédent structurel restera probablement nettement en deçà de l'objectif d'un excédent de 2 % retenu par le gouvernement.

Bien que le cadre fonctionne encore de manière satisfaisante, les autorités doivent réaffirmer leur volonté d'assainir les finances publiques. L'objectif concernant l'excédent budgétaire devrait guider plus clairement l'action des pouvoirs publics. Il importe de veiller à ce que le niveau des plafonds de dépenses soit compatible avec l'objectif concernant l'excédent. On pourrait en outre ajouter au cadre un objectif à moyen terme concernant la dette afin de réduire les risques de dérapage d'une année sur l'autre.

Les plafonds de dépenses devraient également être rendus plus contraignants. Le principal problème est la tendance à utiliser la totalité des crédits autorisés même dans les années fastes. Bon nombre de ces dépenses supplémentaires se traduisent au bout du compte par des transferts aux collectivités locales, ce qui signifie que l'administration centrale amplifie souvent les fluctuations proconjuncturelles des budgets des comtés et des municipalités qui résultent des règles d'équilibre budgétaire. Pour éviter ce phénomène, il serait souhaitable de veiller à ce qu'il existe une marge adéquate pour tenir compte des fluctuations du cycle. De plus, il ne faudrait pas avoir recours à des dépenses fiscales pour tourner les plafonds.

Une augmentation des impôts sur le revenu pourrait aller à l'encontre du but recherché

L'alourdissement de la fiscalité peut paraître un moyen facile de consolider la situation budgétaire, mais cette solution serait probablement coûteuse et irait peut-être même à l'encontre du but recherché. À court terme, elle rendrait moins impératif l'établissement d'un nouvel ordre de priorité des dépenses ou, à défaut, la recherche de moyens d'améliorer la productivité. À plus lointaine échéance, elle réduirait l'offre de main-d'œuvre. Des coins fiscaux élevés ont un impact négatif sur la durée du travail; en les relevant encore, on ne ferait probablement qu'aggraver la situation, et les recettes supplémentaires que l'on pourrait escompter seraient de toute façon limitées. Il est cependant possible de collecter des fonds de manière moins coûteuse. En uniformisant à nouveau le taux de la TVA et en poursuivant le développement des écotaxes, on disposerait

de recettes qui permettraient alors de réduire les impôts sur le revenu du travail, et donc d'améliorer les incitations à travailler.

L'offre de travail doit être accrue

Il est essentiel d'éviter toute contre-incitation au travail pour préserver le revenu national et protéger les finances publiques. La Suède ne peut se permettre d'avoir l'un des systèmes de protection sociale les plus généreux du monde si son offre de main-d'œuvre ne dépasse pas la moyenne. La principale solution est de réduire les contre-incitations qui freinent actuellement la durée moyenne du travail. Si celle-ci est faible, c'est en partie du fait des absences pour cause de maladie et d'invalidité, mais d'autres formes de non-activité conjuguées à des réductions négociées de la durée du travail contribuent également au problème. Plusieurs autres moyens pourraient également être exploités pour accroître l'emploi.

La réduction des absences pour cause de maladie est le principal défi lié au marché du travail

Chaque jour, en moyenne, près d'un cinquième de la main-d'œuvre potentielle est en congé maladie ou bénéficiaire de pension d'invalidité. Le taux de maladie s'est envolé depuis 1998, notamment du fait des absences de longue durée, et il est près d'atteindre un niveau sans précédent (il a légèrement baissé ces derniers temps par rapport à son point haut, mais l'amélioration tient essentiellement au fait que des travailleurs en congé maladie sont passés sous le régime de l'invalidité). Les causes du problème sont faciles à trouver. Comparativement aux autres pays de l'OCDE, l'assurance-maladie est à la fois généreuse et facile d'accès en Suède. Ce pays a un objectif social légitime, qui est d'éviter aux personnes malades des épreuves inutiles. Néanmoins, plus le système est généreux, plus les autorités doivent veiller à ce qu'il ne profite qu'à ceux qui en ont réellement besoin. À cet égard, la Suède est très en deçà des meilleures pratiques internationales. Néanmoins, il n'est pas nécessaire d'agir de manière exagérément rigoureuse. Une voie intermédiaire serait déjà très utile. Ce faisant, le problème de l'assurance-maladie serait largement réglé sans qu'il soit nécessaire de réduire directement les taux des prestations.

Le gouvernement entend diminuer de moitié le nombre de personnes en arrêt maladie d'ici 2008. Il a pris quelques mesures pour faire en sorte que le système soit géré de manière plus stricte, notamment en prenant sous son aile les bureaux locaux. Il ne suffit cependant pas d'appliquer plus strictement un système laxiste. Il faut développer le principe des « obligations mutuelles », déjà appliqué aux chômeurs, ce qui implique de responsabiliser davantage le malade, l'employeur et le bureau d'assurance sociale :

- *Les critères d'éligibilité doivent être encore durcis.* Malgré les tentatives faites depuis 2003 pour durcir le dispositif, pratiquement toutes les personnes qui demandent à bénéficier d'un congé maladie voient leur demande satisfaite. Plusieurs méthodes peuvent être envisagées pour remédier à ce problème, méthodes qui sont pour la plupart couramment utilisées dans d'autres pays. Dans un tout premier temps, les médecins doivent évaluer plus précisément la capacité de l'individu concerné à travailler et devraient bénéficier d'un plus large appui du bureau d'assurance sociale s'ils estiment qu'une demande doit être refusée. Pour faire en sorte que les arrêts de courte durée ne

soient pas prolongés, il devrait être moins facile d'obtenir un certificat médical (un appel téléphonique ne devrait pas suffire, par exemple), et les prestations devraient être accordées pour une durée maximale d'un an. Des évaluations médicales indépendantes par un médecin de l'assurance sociale devraient être prévues pour les bénéficiaires de prestations maladie et invalidité de longue durée. Il serait également bon que la décision finale d'accorder des prestations de longue durée soit prise par un bureau régional ou central et par un groupe d'experts et non pas, cas unique, par des responsables politiques locaux. Une fois la pension accordée, la capacité à travailler devrait être régulièrement réévaluée (ce à quoi s'emploie le gouvernement, encore que l'on ne sache pas très bien comment les bureaux locaux respectent cette politique). Un examen complet de tous les bénéficiaires actuels de prestations de longue durée pourrait être également justifié, et des contrôles aléatoires occasionnels pourraient être réintroduits.

- *Le versement d'une prestation devrait entraîner certaines obligations pour le bénéficiaire.* Dans la plupart des cas, le versement d'une prestation devrait être conditionné à la participation de l'intéressé à des mesures de réadaptation professionnelle ou à d'autres mesures d'intégration. En règle générale, ces mesures portent d'autant plus de fruits qu'elles sont précoces. La nouvelle règle qui veut qu'une réunion des différentes parties concernées soit organisée au bout de quelques semaines va dans le bon sens, mais il importe qu'elle soit appliquée dans les délais prévus. De plus, le bureau d'assurance sociale doit disposer de pouvoirs plus importants pour intervenir lorsqu'un bénéficiaire refuse une mesure de réadaptation.
- *Renforcer les incitations des employeurs.* Depuis cette année, les employeurs sont tenus de payer les deux premières semaines d'arrêt maladie, plus 15 % de la prestation pendant tout le reste de l'arrêt de travail à moins que l'intéressé ne travaille à temps partiel ou ne suive un programme de réadaptation. Le but est de faire participer plus rapidement les intéressés à un programme de réadaptation, mais il n'est pas certain que ce soit là la meilleure méthode. Le gouvernement devrait surveiller la façon dont les entreprises réagissent à ce nouveau dispositif; si celui-ci n'a pas l'effet souhaité, on pourrait demander à la place aux employeurs de participer plus largement dès le départ au financement de l'arrêt maladie, mais pendant une durée déterminée (en leur faisant prendre en charge par exemple le financement des deux ou trois premiers mois d'arrêt maladie). On pourrait également renforcer les incitations des employeurs en introduisant une forme ou une autre de modulation de leurs cotisations en fonction de l'expérience passée de leur secteur ou de leur entreprise. Dans un premier temps, des primes différentes d'assurance-maladie pourraient être fixées pour les employeurs publics et privés. Il serait également bon de séparer plus nettement les accidents du travail des arrêts maladie relevant du régime général, ce qui permettrait de mettre en évidence les conditions sur lesquelles les entreprises peuvent agir. Des mesures pourraient cependant être nécessaires pour réduire le plus possible les éventuels problèmes d'antisélection si les entreprises réagissaient en se refusant à embaucher des groupes à risques élevés (bien que ceci n'ait jamais été un problème majeur aux Pays-Bas).
- *Allonger le délai de carence.* Celui-ci n'est actuellement que d'une journée, ce qui est peu par rapport à la moyenne européenne, et l'expérience passée de la Suède montre qu'en l'allongeant, on pourrait fortement agir sur les absences de courte durée. Une telle mesure pourrait également contribuer à faire évoluer les esprits à l'égard des arrêts maladie.

- *Suivre les arrêts maladie partiels ou à temps partiel.* Le gouvernement encourage les prestations partielles pour préserver les liens des individus avec la population active. Cette formule peut cependant avoir l'inconvénient d'inciter un plus grand nombre de travailleurs à en bénéficier et servir simplement à compléter les revenus des salariés qui veulent réduire leurs horaires de travail pour améliorer leur qualité de vie. La Suède devra repenser sa stratégie si elle constate que les prestations partielles sont utilisées de la sorte.
- *Réduire l'utilisation des prestations de maladie et d'invalidité comme voies d'accès à la retraite anticipée.* Les personnes qui prennent une retraite anticipée ont souvent intérêt à demander à bénéficier d'une assurance-maladie pour pouvoir toucher une pension plus importante lorsqu'elles atteignent 65 ans. Une solution serait de modifier les règles pour que le revenu des prestations soit moins pris en compte que le revenu du travail dans le calcul de la pension à cotisations définies.

Prises dans leur ensemble, ces propositions impliqueraient un changement radical d'orientation de la stratégie suédoise à l'égard de l'assurance-maladie et invalidité, qui s'alignerait ainsi davantage sur les dispositifs existant dans d'autres pays.

Des systèmes de congés exagérément généreux réduisent l'offre de main-d'œuvre

Plusieurs systèmes de congés payés ont été mis en place pour des raisons sociales diverses, mais ils ont indirectement pour effet de réduire l'offre effective de main-d'œuvre. Au total, ils contribuent autant que l'assurance-maladie à la perte d'heures de travail :

- *Le congé parental* vise des objectifs valables du point de vue de la politique familiale, mais il pourrait être devenu exagérément généreux en ce sens qu'il compromet les perspectives des femmes sur le marché du travail. Les objectifs sociaux de ce programme doivent être mis en balance avec ces coûts. D'une manière générale, il faudrait éviter les mesures qui allongent encore le congé maternel afin de ne pas aggraver la ségrégation des sexes et les pertes de capital humain, qui nuisent aux perspectives de carrière à long terme. Mais un moyen d'améliorer le dispositif serait d'augmenter la fraction de la prestation qui n'est pas transférable entre les parents.
- *Le congé pour études* vise à faciliter le recyclage des travailleurs âgés, mais beaucoup y font appel pour leur satisfaction personnelle ou pour faire une rupture dans leur activité professionnelle. Ce problème pourrait être atténué si les bourses d'études étaient réservées aux cours manifestement liés à l'emploi.
- Le dispositif de *congé payé sabbatique*, créé cette année, permet à un salarié de prendre une année de congé et d'être remplacé par un chômeur. Le but est de donner aux travailleurs la possibilité de prendre des loisirs ou de développer leurs connaissances (même si le système de congé pour études offre d'importantes possibilités à cet égard) et de permettre aux chômeurs de prendre pied sur le marché du travail. Des pressions seront probablement exercées pour que ce programme limité soit élargi. Il serait préférable de le supprimer. Les travailleurs qui veulent des vacances supplémentaires peuvent toujours les négocier, mais ces congés ne devraient pas être payés par le contribuable. Qui plus est, l'argument selon lequel ce dispositif est bénéfique pour les chômeurs repose sur l'idée erronée que le volume de travail à partager est fixe.

Les jeunes doivent entrer plus tôt dans la population active

Les jeunes adultes sont une autre source sous-utilisée d'offre de main-d'œuvre. Leur entrée dans la population active est généralement plus tardive en Suède que dans la plupart des autres pays, en partie parce qu'ils débutent plus tard leurs études universitaires. L'admission est fondée principalement sur les diplômes, mais il existe de multiples manières d'améliorer ses chances en étudiant une année ou deux de plus dans un programme postsecondaire. Il en résulte une surenchère sans objet à l'issue de laquelle ce sont plus ou moins les mêmes qui accèdent à l'université, mais après deux années d'études de plus. Il existe quelques solutions simples, consistant notamment à donner la préférence aux élèves qui passent directement de l'école à l'université et à ne pas récompenser les expériences professionnelles sans objet. À partir du moment où les étudiants ont accédé à l'université, la générosité des bourses qui leur sont offertes et l'absence de droits de scolarité font qu'ils ne sont nullement tentés de se hâter d'obtenir leurs diplômes. Pour les inciter à finir plus rapidement leurs études et à choisir des cours davantage axés sur le marché du travail, on pourrait instaurer des droits de scolarité peu élevés accompagnés d'un système de prêts remboursables en fonction des ressources. Mais si cela n'est pas acceptable, il faudrait trouver d'autres moyens d'améliorer l'efficacité. La Suède pourrait par exemple envisager d'adopter le nouveau dispositif de la Norvège qui consiste à convertir certains prêts en bourses si les intéressés ont achevé leurs études dans les délais prescrits. De plus, les règles relatives aux garanties de ressources qui permettent aux étudiants de prendre une année de congés payés pendant leurs études devraient être modifiées : les bourses ne devraient être accordées que pour la durée du cursus choisi, et ceux qui veulent prendre plus de temps pourraient faire appel au système de prêts.

Il est sans doute possible d'accroître l'offre de main-d'œuvre des travailleurs âgés

Il est également possible d'élever le taux d'activité des travailleurs âgés, même si dans ce domaine la Suède a de meilleurs résultats que la plupart des pays de l'OCDE. Les incitations à une retraite anticipée inhérentes au système public de pension sont plus faibles que dans beaucoup d'autres pays : en effet, que bien que la retraite puisse être prise dès 61 ans, le taux de la pension est d'autant plus élevé que l'on travaille plus longtemps. Il y a cependant deux raisons pour lesquelles on pourrait souhaiter pousser encore plus loin les incitations, pour aller au-delà de la neutralité. Premièrement, si l'ajustement actuel est correct pour un actuariaire, la plupart des individus ont probablement un taux subjectif de préférence temporelle qui est supérieur au taux d'actualisation type. Il faut donc une incitation financière plus forte pour les encourager à différer leur départ en retraite. Deuxièmement, les impôts qu'ils acquitteraient s'ils restaient dans la population active ont des retombées positives pour le reste de la collectivité, en rendant par exemple possible le financement de services de protection sociale améliorés à l'avenir. La collectivité et les finances publiques y gagneront dès lors que les rentrées d'impôts supplémentaires dépasseront le coût financier de l'incitation.

*On pourrait améliorer les mesures destinées
à remettre les chômeurs au travail*

En améliorant le système d'assurance-chômage, on pourrait réduire le taux de sans-emploi, et accroître par là même les ressources de main-d'œuvre. L'administration de l'assurance-chômage est erratique. Des cas analogues peuvent recevoir des traitements différents d'une région à l'autre, certains bureaux locaux étant plus enclins que d'autres à prolonger le versement d'une prestation au-delà de la durée maximale normale. De plus, la *garantie d'activité* est détournée de son objectif. Alors que ce dispositif est conçu pour offrir aux chômeurs de longue durée qui ont besoin d'une aide particulière des programmes du marché du travail à temps plein spécialement conçus pour eux, il est employé pour ouvrir un accès illimité aux prestations d'assurance-chômage. Pour remédier à ces problèmes, il faudrait simplifier le cadre institutionnel (en fusionnant les conseils nationaux et locaux du marché du travail par exemple), les bureaux locaux devraient appliquer les règles de manière cohérente, les sanctions prévues pour ceux qui ne recherchent pas activement un emploi devraient être renforcées, et la garantie d'activité devrait être de durée limitée et proposée uniquement à ceux qui ont besoin de programmes intensifs. En règle générale, la Suède utiliserait de manière plus efficiente les crédits affectés aux programmes actifs du marché du travail si ceux-ci étaient de plus courte durée et démarraient dès le tout début de la période de chômage. Enfin, les fonds d'assurance-chômage seraient gérés plus efficacement s'ils devaient davantage supporter les conséquences financières du chômage, au moins à la marge. On pourrait pour ce faire, transformer la part de financement de l'État en une dotation globale et/ou lier les cotisations taux de chômage de chaque fonds.

*Un marché du travail plus flexible accroîtrait
l'emploi et réduirait les absences pour cause
de maladie*

Les perspectives d'emploi des groupes marginalisés sont susceptibles de s'améliorer si la législation relative à la protection de l'emploi (LPE) est assouplie. Tandis que les données internationales ne montrent pas clairement que la LPE affecte le taux de *chômage*, on a des raisons de penser qu'une LPE stricte réduit les taux d'*emploi* et d'*activité*. En Suède, la principale restriction résulte de la règle d'ancienneté (« dernier entré, premier sorti »). Celle-ci a pour but d'accorder une protection supplémentaire aux travailleurs âgés et d'atténuer la stigmatisation inhérente à la perte d'emploi. Cependant, elle peut avoir plusieurs répercussions négatives. Elle risque de bloquer les travailleurs dans des emplois mal adaptés (de fait, les Suédois restent plus longtemps dans le même emploi que les salariés des autres pays). Elle réduit la probabilité de voir un salarié créer sa propre entreprise s'il perd ce faisant ses droits d'ancienneté acquis. Elle peut rendre les personnes malades plus réticentes à changer d'emploi, ce qui, dans certains cas, éliminerait la cause même de leur maladie. Enfin, elle est susceptible d'accroître le taux de maladie pour une autre raison, certains signes montrant que l'absentéisme est plus élevé lorsqu'il existe une forte protection de l'emploi.

Il est possible de faire plus avec moins de ressources dans le secteur public

Un autre moyen de consolider les finances publiques est d'améliorer l'efficacité du secteur public. L'ouverture à la concurrence peut contribuer puissamment à ce résultat. Au bout du compte, tous les niveaux d'administration devraient se demander si c'est bien au secteur public qu'il incombe de fournir certains services. En Suède, on a toujours tendance à penser que si le gouvernement doit intervenir dans un secteur déterminé, il doit également produire lui-même les services correspondants. Les objectifs de la politique gouvernementale peuvent souvent être atteints par la voie de la réglementation et de la sous-traitance. Bien que l'ouverture à la concurrence et le contexte réglementaire se soient améliorés au fil des ans, il y a place pour de nouvelles réformes. Premièrement, les activités marchandes des municipalités et des autres institutions publiques devraient être soumises à la législation normale de la concurrence, et les autorités de la concurrence devraient être habilitées à imposer des sanctions aux collectivités locales. Deuxièmement, les procédures concernant les marchés publics doivent être améliorées pour assurer un traitement identique aux fournisseurs locaux et étrangers. Troisièmement, des évaluations comparatives plus systématiques pourraient contribuer à faire connaître les pratiques optimales et à identifier les collectivités locales dont la performance laisse à désirer. Enfin, il est très largement possible de vendre des actifs publics, notamment dans les segments compétitifs du secteur des entreprises.

L'état du système de santé est satisfaisant

L'Étude présente également une analyse approfondie du système de santé suédois qui, comparativement aux autres pays, est satisfaisant. Les soins sont de haute qualité, le système est relativement bien financé, et les différents intervenants ont fait preuve d'imagination pour le financement et la prestation des services. Néanmoins, certains problèmes subsistent encore : il faut principalement améliorer l'accès aux soins primaires, améliorer la qualité des soins dans les régions les moins performantes, faire en sorte que le secteur hospitalier utilise de manière plus efficace les ressources dont il dispose, et faire en sorte que le système de santé repose sur une assise financière plus stable et plus tenable.

L'accès au système de santé, notamment aux soins primaires, pourrait être amélioré

Le nombre très élevé de patients qui s'adressent à l'hôpital pour des soins primaires tient à la pénurie de généralistes et au fait que les horaires de travail des médecins sont réduits. On pourrait accroître le nombre de médecins de famille si les spécialistes dans d'autres disciplines pouvaient plus facilement se recycler dans ce type de soins. On pourrait encourager les médecins à travailler davantage, à s'occuper de leurs patients de manière plus efficace et à avoir des horaires de consultation plus commodes en introduisant des systèmes de paiement mixtes comportant un élément de rémunération à l'acte. Dans le secteur hospitalier, la garantie de délai d'attente devrait être adaptée pour faire respecter le principe selon lequel les cas les plus urgents doivent être traités en priorité (par exemple, en ne faisant de la date d'inscription sur la liste d'attente qu'un facteur parmi tous ceux qui doivent déterminer le moment où un patient est pris en charge).

Une décentralisation excessive nuit à la qualité et à l'efficacité

La décentralisation de la responsabilité des soins de santé présente des avantages. Il est permis aux comtés d'expérimenter différents modes de gestion de leurs systèmes, ce qui est l'une des raisons pour lesquelles le système de santé suédois est relativement innovant et flexible. Néanmoins, la décentralisation excessive dans certains domaines affecte la qualité des services et la sécurité des patients (par exemple, trop de services d'urgence sont sous-dimensionnés, tandis que le manque de coordination entre les comtés et les municipalités fait naître des problèmes à l'interface des soins hospitaliers et des soins sociaux). La décentralisation excessive affecte également l'efficacité du fait de chevauchements. Le gouvernement devrait envisager de réduire le nombre des comtés pour le ramener à une demi-douzaine, voire moins, ce qui leur permettrait de réorganiser leurs hôpitaux pour réduire le nombre de ceux dont la taille est trop faible. La coordination entre les municipalités et les comtés doit être améliorée, notamment pour les patients ayant des problèmes psychiatriques, de drogue ou d'alcool.

Le secteur hospitalier pourrait être géré de manière plus efficace

Dans le secteur hospitalier, il existe de fortes disparités régionales sur les plans de l'efficacité, de la qualité et de la pratique médicale. Dans la plupart des comtés, il est nécessaire de renforcer le rôle des acheteurs, d'améliorer les mécanismes de financement des hôpitaux, en prévoyant une forme de paiement par pathologie, d'améliorer la gestion grâce à des systèmes plus efficaces d'évaluation des coûts des pathologies, notamment en psychiatrie, pour les soins ambulatoires et pour les soins primaires, et de recourir plus largement à des budgets pluriannuels. Le gouvernement pourrait également encourager une plus grande diversité des prestataires de services en levant l'interdiction des hôpitaux à but lucratif ou en autorisant des exemptions au cas par cas – mais seulement lorsqu'un cadre réglementaire adéquat sera en place pour réduire le plus possible les risques d'écroulement.

Les mécanismes de financement manquent de stabilité et ne sont pas viables

Les mécanismes actuels de financement posent plusieurs problèmes. Du fait de la règle de l'équilibre budgétaire, le financement des soins de santé est trop cyclique. Parmi les solutions possibles figurent la création de fonds de stabilisation, l'octroi aux comtés d'une base d'imposition moins cyclique (taxes foncières, par exemple), le calcul de l'assiette d'imposition selon le principe des moyennes mobiles et l'adoption d'un système de budgétisation pluriannuelle. Il se peut aussi que l'assiette de l'impôt sur le revenu n'augmente pas assez rapidement compte tenu du vieillissement de la population. Peut-être faudrait-il ainsi verser aux comtés une fraction de la TVA nationale. Enfin, les plafonds concernant la participation des patients aux frais devraient être réévalués, car ils n'orientent pas comme on l'espérait les malades vers le niveau de services qui correspond à leurs besoins. Le gouvernement pourrait relever ces plafonds, qui ont sensiblement baissé en termes réels, ou remplacer les montants forfaitaires par un pourcentage fixe du revenu des ménages.

Chapitre 1

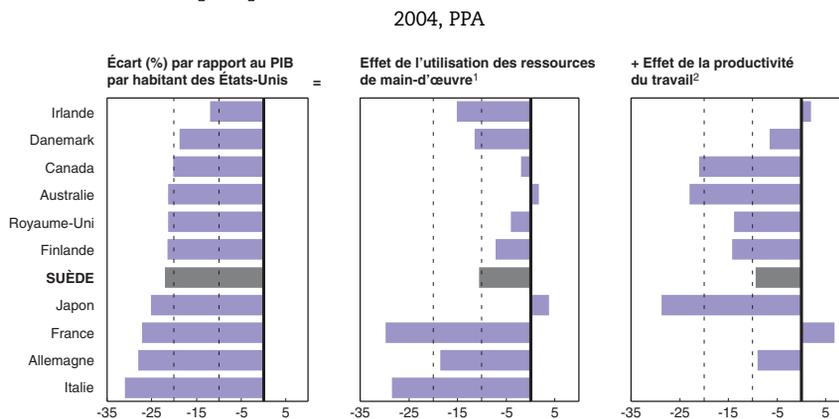
Principaux défis

Ce chapitre analyse les principaux défis auxquels est confrontée l'économie suédoise. Il examine sa performance depuis la crise du début des années 90, notamment le bond remarquable de la productivité dans le secteur des entreprises. Il aborde ensuite le marché du travail et les raisons pour lesquelles l'emploi n'a pas retrouvé son niveau antérieur à la crise. Est alors évoqué le principal défi auquel la Suède est confrontée : comment maintenir les éléments essentiels de son système de protection sociale en dépit d'une population vieillissante. Les finances publiques seront soumises à plusieurs facteurs d'érosion : une demande de services sociaux amplifiée par le vieillissement démographique; une réduction de la part des actifs dans la population; les pressions fiscales continues induites par la mondialisation et par l'intégration économique dans l'Europe. La première solution consiste à accroître l'offre de travail en réduisant les absences pour maladie, à augmenter la durée moyenne du travail et à relever le taux d'emploi des catégories dont le niveau d'activité reste relativement bas; la seconde solution consiste à améliorer la rentabilité des services publics. Le chapitre s'achève par une analyse de la nécessité de concilier l'égalité et d'autres objectifs sociaux.

Depuis plusieurs décennies, la Suède se classe aux premiers rangs pour la plupart des indicateurs de la qualité de la vie. Ses indices en matière de santé publique, de niveau d'instruction, de taux d'emploi et de niveau de pauvreté sont parmi les meilleurs du monde. Le revenu par habitant est relativement élevé (graphique 1.1), même s'il a reculé en termes relatifs depuis les années 70. De plus, les Suédois sont visiblement sensibles aux problèmes mondiaux et consacrent d'importantes ressources à la préservation de l'environnement, à l'assistance aux pays les plus pauvres et à l'accueil des réfugiés. Au cœur du modèle social et économique de la Suède se trouve un vaste système de protection sociale. Celui-ci se caractérise par une assurance sociale généreuse et complète, une large redistribution des revenus, une préférence donnée aux prestations universelles sur les prestations sous conditions de ressources, un régime public de propriété et de production très développé et un cadre de négociations salariales entraînant une compression considérable de l'éventail des salaires. Cette structure exige manifestement une forte intervention de l'État : cela explique en partie pourquoi le secteur des entreprises compte moins de salariés aujourd'hui qu'en 1970, et pourquoi la quantité de biens et services que les ménages peuvent choisir eux-mêmes (consommation privée réelle) a augmenté beaucoup plus lentement que dans les autres pays (graphique 1.2).

Le principal défi économique de la Suède se profile dans le long terme : comment faire en sorte que son modèle social puisse endurer les pressions internes et externes qui s'accumuleront dans les prochaines années. La menace du fardeau démographique lié à une population vieillissante est désormais bien appréhendée, même si l'ampleur de son

Graphique 1.1. Sources des écarts de revenu

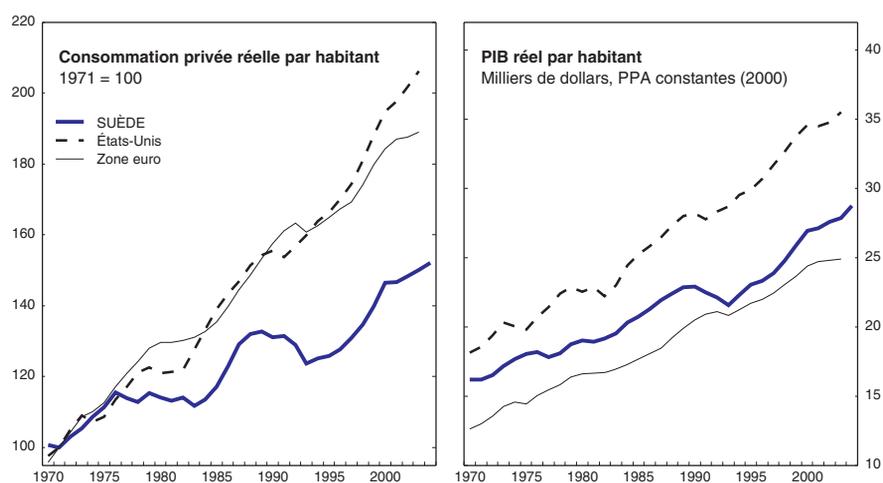


Note : L'écart de PIB par habitant n'est qu'approximativement égal à la somme des deux composantes indiquées ici, car un léger effet démographique s'y ajoute (différences concernant la proportion de la population qui est en âge de travailler). Pour la Suède, ce facteur contribue pour 2.2 points à l'écart de revenu.

1. L'utilisation des ressources de main-d'œuvre correspond au nombre total d'heures travaillées divisé par la population en âge de travailler.
2. La productivité du travail est mesurée par le PIB par heure travaillée.

Source : OCDE, Comptes nationaux, Statistiques de la population active.

Graphique 1.2. PIB et consommation privée par habitant



Source : OCDE, Comptes nationaux.

l'impact sur les finances publiques est entourée d'incertitude. Les bases d'imposition devenant plus mobiles d'un pays à l'autre, il est plus difficile de lever les recettes nécessaires pour financer un secteur public particulièrement développé. Depuis de nombreuses années, la concurrence internationale limite la taxation du capital et des bénéfices, tandis qu'avec l'expansion de l'Union européenne vers l'Est il est plus malaisé de maintenir des taux de taxe sur les ventes très différents (pour l'alcool, par exemple). Par ailleurs, les contribuables échappent dans une certaine mesure à l'impôt sur les hauts revenus en réduisant leur temps de travail ou en opérant dans l'économie souterraine. Enfin, une fiscalité élevée risque de pousser les Suédois les plus brillants à s'expatrier. Tandis que la fuite des cerveaux ne pose pas de problème majeur aujourd'hui, il est difficile de savoir si le phénomène s'aggravera dans l'avenir.

Face à ces pressions, il faudra engager des réformes pour veiller à ce que le cœur du système reste financièrement viable. Le principal objectif est d'accroître l'offre de main-d'œuvre. Plus les Suédois travaillent aujourd'hui, plus ils pourront obtenir de services sociaux dans l'avenir. La solution la plus évidente consiste à réduire les absences pour raison de maladie, mais il existe aussi plusieurs autres gisements de main-d'œuvre. De plus, le secteur public doit accroître sa rentabilité en se montrant plus efficace et en s'efforçant de fournir des services de meilleure qualité. Enfin, le gouvernement doit examiner les modalités de financement du système de protection sociale et faire en sorte que la collecte de recettes soit moins coûteuse et crée moins de distorsions.

Le reste de ce chapitre analyse la performance économique de la Suède et précise les principaux défis auxquels elle est confrontée. Les chapitres qui suivent exposent des recommandations spécifiques pour relever ces défis (tandis que l'annexe 1.A1 passe en revue les progrès de la mise en œuvre des recommandations formulées dans les précédentes Études). Le dernier chapitre présente une description détaillée du système de santé. Le secteur de la santé doit résoudre des problèmes qui lui sont propres, mais il offre aussi une étude de cas pour bon nombre des thèmes examinés dans ce rapport.

Performance économique au cours de la décennie écoulée

Le déclin à long terme *relatif* de l'économie suédoise a suscité maintes analyses. La Suède, qui occupait le troisième rang de la zone OCDE pour le revenu par habitant en 1970, était tombée à la 14^e place au début des années 90 (graphique 1.2, partie de droite). Les causes de ce recul sont assez bien élucidées : des politiques structurelles et macroéconomiques inappropriées, une concurrence insuffisante dans le secteur des entreprises, des marchés du travail rigides et un accroissement incontrôlé de la taille du secteur public (les dépenses publiques ont culminé à près de trois quarts du PIB en 1993). Les chocs externes se sont conjugués à de mauvais choix de politique économique pour déclencher une crise bancaire et une grave récession économique au début des années 90.

La transformation intervenue depuis lors a été remarquable à maints égards, mais un peu décevante sur certains points. Le cadre de politique macroéconomique a été manifestement amélioré. Les anticipations d'inflation sont désormais bien ancrées au régime crédible de ciblage de l'inflation mis en place par la banque centrale, tandis que les décisions budgétaires de l'administration centrale respectent les contraintes d'un cadre budgétaire à moyen terme. Ces choix ont abouti à une inflation basse et à une réduction de la dette publique. Diverses réformes microéconomiques ont également stimulé le taux de croissance durable du pays. Le processus de déréglementation a été assez généralisé (avec toutefois quelques exceptions flagrantes, comme le marché du logement), la concurrence a été avivée et le secteur des entreprises supporte des formalités administratives plutôt légères (Conway et al., 2005). Les exportateurs ont particulièrement bénéficié de la conjoncture favorable, même si l'adhésion à l'UE en 1995 et la dépréciation de la monnaie peu avant avaient aussi joué un rôle. En conséquence, après plusieurs déficits de balance courante, la Suède engrange des excédents substantiels (4.8 % du PIB en moyenne) depuis son entrée dans l'Union européenne.

La croissance de la productivité tendancielle s'est redressée

L'aspect le plus remarquable de la performance suédoise a été la reprise des gains de productivité. De fait, la productivité du travail a été le seul moteur de la croissance des revenus par tête depuis le milieu des années 90 (tableau 1.1). Pour les raisons précédemment décrites, dans les années 70 et 80 la croissance de la productivité avait été faible au regard des moyennes internationales (il s'agissait bien d'un résultat médiocre, et non d'une illusion statistique due à une mesure erronée du secteur des administrations publiques – voir l'encadré 1.1). Depuis 1995, toutefois, la croissance de la production par heure travaillée atteint environ 2.3 % en moyenne pour l'ensemble de l'économie, ce qui constitue l'un des taux les plus élevés de la zone OCDE. Cette amélioration peut être attribuée en partie à des facteurs exceptionnels qui ont peu de chances de se reproduire dans le moyen terme, notamment un rebond cyclique après la récession du début des années 90. Néanmoins, il est clair que le taux tendanciel ou durable de la croissance de la productivité s'est également amélioré (graphique 1.3, partie de gauche)¹.

Le secteur producteur de TIC n'y est pas étranger...

L'amélioration de la productivité du travail a été particulièrement vive dans le secteur manufacturier, où la croissance de la production horaire a atteint en moyenne 7.6 % par an durant la décennie s'achevant en 2001 (tableau 1.2). La contribution la plus forte a émané du secteur des TIC, et pour la quasi-totalité de la société de télécommunications Ericsson. L'action gouvernementale a joué un rôle à cet égard, la Suède ayant été l'un des premiers

Tableau 1.1. **Croissance de la production et de la productivité**

Variation annuelle, moyenne en pourcentage

	Suède	Moyenne OCDE ¹	Moyenne zone euro	Moyenne autres pays nordiques	Australie	Canada	Danemark	Finlande	France	Allemagne	Irlande	Italie	Japon	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	Norvège	Espagne	Royaume-Uni	États-Unis
Le PIB par habitant...																			
1970s	1.6	2.7	3.0	3.5	1.3	2.7	1.5	3.2	2.7	2.6	3.2	3.0	3.2	2.1	0.6	4.2	2.5	1.8	2.2
1980s	1.9	2.4	2.3	2.0	1.5	1.5	1.5	2.6	1.9	2.0	3.3	2.0	3.3	1.7	1.2	2.2	2.5	2.4	2.2
1990-1995	0.1	1.4	1.5	0.7	2.0	0.6	1.6	-1.4	0.7	..	4.0	1.3	1.2	1.4	1.8	3.2	1.2	1.4	1.2
1995-2004	2.4	2.2	2.3	2.5	2.2	2.3	1.7	3.3	1.7	1.1	5.9	1.3	1.2	1.7	1.8	2.1	2.1	2.3	2.2
... est égal à la productivité du travail (PIB par heure travaillée)...																			
1970s	2.3	2.9	3.7	3.9	1.7	1.7	2.8	3.4	3.6	3.6	4.6	4.0	4.2	4.0	0.4	4.6	4.5	2.7	1.6
1980s	1.2	2.1	2.4	2.1	1.2	1.0	2.0	2.8	2.9	2.3	3.7	2.1	3.4	2.3	0.6	2.6	3.1	1.9	1.4
1990-1995	2.1	2.2	2.7	1.9	1.9	1.3	1.9	2.5	1.9	2.6	3.6	3.1	2.3	2.1	0.4	3.5	2.3	2.7	1.2
1995-2004	2.5	2.0	1.8	2.3	2.2	1.6	1.4	2.6	2.0	1.5	4.9	0.5	2.1	0.6	1.2	2.4	-0.2	2.2	2.4
... plus l'utilisation de la main-d'œuvre (heures travaillées par tête)																			
1970s	-0.7	-0.7	-1.1	-0.5	-0.3	0.9	-1.3	-0.2	-0.9	-1.0	-1.5	-0.9	-0.9	-2.0	0.3	-0.4	-2.0	-0.9	0.6
1980s	0.7	0.1	-0.4	-0.1	0.2	0.5	-0.4	-0.2	-1.0	-0.3	-0.4	0.0	-0.1	-0.6	0.6	-0.4	-0.5	0.5	0.8
1990-1995	-2.0	-0.7	-1.2	-1.2	0.2	-0.8	-0.3	-3.9	-1.2	-0.6	0.5	-1.9	-1.1	-0.7	1.3	-0.2	-1.1	-1.3	-0.1
1995-2004	-0.1	0.3	0.5	0.2	0.1	0.8	0.3	0.7	-0.3	-0.4	1.2	0.8	-0.9	1.1	0.5	-0.2	2.4	0.3	-0.1
Contribution de l'investissement productif à la croissance²																			
1985-1990	1.3	1.1	1.1	..	0.9	1.5	1.2	0.9	0.9	..	0.5	1.1	1.3	1.0	..	..	1.9	1.0	0.9
1990-1995	1.0	1.0	0.9	..	0.7	1.1	0.9	0.4	0.9	1.2	0.5	0.8	1.3	0.9	..	..	1.6	1.0	0.7
1995-2002	1.5	1.1	1.1	..	0.7	1.2	1.5	0.7	0.8	0.8	1.4	1.0	1.1	1.2	..	..	1.3	1.3	1.1
... dont : équipements TIC^{2, 3}																			
1985-1990	0.5	0.4	0.3	..	0.3	0.4	0.6	0.9	0.2	..	0.2	0.3	0.3	0.3	..	..	0.5	0.4	0.5
1990-1995	0.4	0.3	0.2	..	0.3	0.3	0.4	0.2	0.1	0.3	0.1	0.1	0.3	0.3	..	..	0.3	0.3	0.5
1995-2002	0.9	0.5	0.5	..	0.6	0.6	0.8	0.5	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	..	..	0.4	0.7	0.8
Productivité multifactorielle⁴																			
1985-1990	0.2	1.2	1.6	..	0.5	-0.5	0.0	2.1	1.8	..	3.2	1.2	3.0	0.7	..	..	0.7	0.7	0.9
1990-1995	0.5	1.1	1.3	..	1.8	0.4	1.0	1.3	0.8	..	3.3	2.0	0.8	0.7	..	..	0.6	1.3	0.8
1995-2002	0.7	1.2	1.3	..	2.1	1.0	0.1	2.6	1.4	0.8	4.4	0.1	0.6	0.9	..	..	-0.8	1.0	1.2

1. Moyenne de 20 pays (non compris Autriche, Grèce, Hongrie, Luxembourg, Mexique, Pologne, République slovaque, République tchèque, Turquie). Les moyennes OCDE, zone euro et Pays nordiques sont des moyennes non pondérées (simples).

2. Stock de capital mesuré par les flux de services imputables au capital.

3. Les services imputables aux équipements TIC sont calculés au moyen d'indices harmonisés.

4. Les chiffres en italiques correspondent à la période 1995-2001.

Source : Base de données de l'OCDE sur la productivité (www.oecd.org/statistics/productivity).

Encadré 1.1. **Les comparaisons internationales sont-elles faussées par les différences de taille du secteur public?**

La croissance de la productivité dans le secteur des administrations publiques est difficile à mesurer; elle est arbitrairement fixée à zéro dans les comptes nationaux de la plupart des pays. Par conséquent, pour les pays dont le secteur public est plus développé, la croissance mesurée de la productivité et du PIB réel peut être faussée à la baisse par rapport aux autres pays, même si la croissance « véritable » de leur productivité est plus forte. Mais ce biais est-il vraiment conséquent? Tout d'abord, on notera que la production de services administratifs n'est pas le seul agrégat difficile à mesurer : le problème se pose pour beaucoup d'autres services. Il est malaisé d'estimer la production réelle d'une école ou d'un hôpital, qu'il s'agisse d'un établissement public ou privé. Aussi, dans l'optique des comparaisons internationales, l'important n'est pas tant le poids du secteur public dans l'économie que la part des services personnels dans la production totale. Par ailleurs, les organismes statistiques tendent à traiter les services de façon similaire; en conséquence, si les secteurs de services sont de taille semblable, les mesures effectuées dans différents pays subiront des biais à peu près identiques.

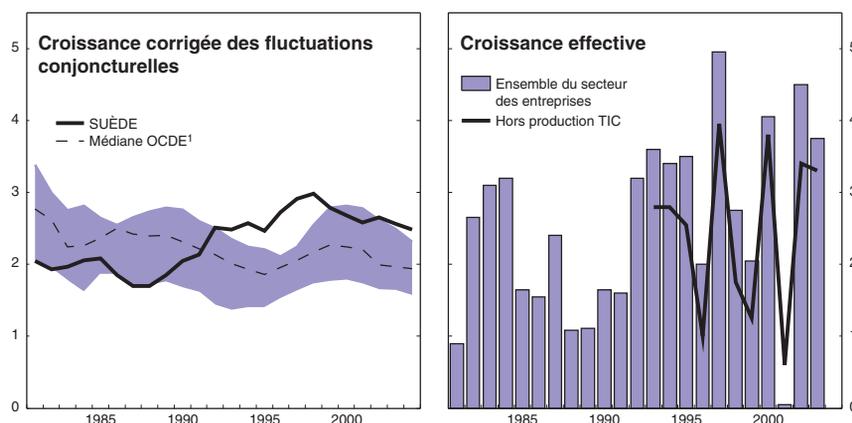
Une réponse sommaire à la question peut être obtenue par une comparaison concernant la croissance de la valeur ajoutée réelle par travailleur dans le secteur des services personnels et collectifs (qui couvre la plus grande partie de la production publique, à l'inclusion de l'administration publique). De 1995 à 2002, la croissance *mesurée* de la productivité du travail dans ce secteur a atteint en moyenne 0.5 % par an en Suède, contre 0.0 % dans les 17 autres pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles. Par conséquent, les pures différences de mesure (à savoir, 0.5 % contre 0.0 %) font que les estimations de la productivité globale de la Suède subissent un biais à la hausse qui ne dépasse pas 0.1 % par an (il est peut-être plus faible, car du fait des échanges interbranches les biais de mesure peuvent s'annuler partiellement au moment de l'agrégation). Par ailleurs, la part du secteur des services personnels et collectifs dans la valeur ajoutée totale est de 23 % en Suède, contre 21 % dans les autres pays. Le fait que la Suède a un secteur des services personnels et collectifs un peu plus volumineux fait que la croissance mesurée de la productivité subit un biais à la baisse de l'ordre de 0.06 % par an. Les effets combinés se neutralisant *grosso modo* dans ce cas, on peut en conclure que ces problèmes de mesure ont une incidence négligeable sur la position de la Suède au regard des autres pays. On aboutit à une conclusion analogue en comparant les estimations de la productivité et les parts sectorielles relatives pour l'ensemble des services et non pour le seul secteur des services collectifs et personnels.

La conclusion générale est que les différences de taille du secteur public interviennent en théorie puisque la production du secteur des services est imparfaitement mesurée, mais que pour la plupart des pays le biais ne représente pas plus d'un dixième de point de pourcentage. Par conséquent, les comparaisons portant sur la production de l'économie dans son ensemble donnent les mêmes résultats que des comparaisons fondées sur la production du seul secteur des entreprises.

pays européens à déréglementer son marché des télécommunications. Tandis que les industries productrices de TIC ont largement contribué à la reprise et sont devenues le « vaisseau amiral » des entreprises suédoises, il convient de relativiser leur importance. À la fin des années 90, le secteur des TIC était à peine un peu plus développé que dans l'ensemble de l'UE, et bien plus réduit qu'en Finlande ou en Irlande, champions européens

Graphique 1.3. La croissance de la productivité du travail a repris

Production horaire dans le secteur des entreprises, pourcentage annuel de variation



1. La partie ombrée correspond aux deux quartiles intermédiaires (la moitié des pays entrent dans cette fourchette).

Source : Statistics Sweden.

Tableau 1.2. Contribution à la croissance de la productivité du travail dans le secteur manufacturier

Points de pourcentage par an

	Contribution de la croissance de la productivité dans chaque branche (effet interne)		Contribution de la réaffectation des ressources entre branches (effet ajustement structurel)		Total	
	1981-90	1991-2001	1981-90	1991-2001	1981-90	1991-2001
TIC	0.33	1.94	-0.16	2.96	0.17	4.90
Automobile	0.12	0.76	-0.09	0.13	0.03	0.89
Chimie	0.09	0.28	-0.04	0.27	0.05	0.55
Construction mécanique	0.33	0.39	0.01	0.01	0.34	0.40
Pâte à papier et papier	0.12	0.43	0.04	-0.04	0.16	0.39
Construction électrique	0.10	0.10	-0.22	0.24	-0.12	0.34
Ouvrages en métaux	0.18	0.22	0.02	0.08	0.20	0.30
Métaux de base	0.30	0.26	-0.30	-0.08	0.00	0.18
Autres branches	0.89	1.15	0.04	-1.50	0.93	-0.35
Total	2.46	5.53	-0.70	2.07	1.76	7.60

Source : Lind, Daniel (2003), « Swedish Manufacturing Productivity in an International Perspective During Four Decades – What can We Learn From the 1990s? », Confédération suédoise des employés professionnels, Stockholm.

de la « nouvelle économie », (tableau 1.3)². En outre, les gains de productivité que le secteur induit n'entraînent pas automatiquement une élévation du revenu national. Comme les prix des biens TIC baissent fortement sur les marchés d'exportation, dans la mesure où les fabricants suédois sont des preneurs de prix ils ne gagneront au change que s'ils peuvent augmenter leur productivité plus rapidement que leurs concurrents³. En tout état de cause, la productivité s'est également améliorée dans les autres industries manufacturières. Les branches de la construction automobile, des produits pharmaceutiques, de la construction mécanique et des pâtes et papiers ont été particulièrement vigoureuses. La hausse de la productivité du travail dans le secteur des entreprises à l'exclusion des TIC atteint en moyenne le rythme respectable de 2.4 % depuis 1995 (graphique 1.3, partie de droite).

Tableau 1.3. **Les secteurs producteurs de TIC dans plusieurs économies européennes**

	Taille ¹		Composition ²				Intensité de R-D ³
	En 1980	1998-2000	Bureautique et informatique (CITI 30)	Construction et appareils électriques (CITI 31)	Équipement de radio, télévision et communications (CITI 32)	Instruments médicaux, de précision et d'optique (CITI 33)	
Suède	2.2	2.8	4.1	26.2	45.6	24.1	9.1
Finlande	0.7	5.7	0.1	12.3	78.3	9.3	7.6
Irlande	2.9	6.8	30.6	13.3	34.3	21.8	1.4
UE	3.0	2.5	7.2	39.4	29.9	23.4	..

1. Valeur ajoutée brute des branches concernées (CITI 30-33) en pourcentage de la valeur ajoutée brute totale du secteur manufacturier.

2. Composition de la branche en 2001 (2000 pour la Suède), en pourcentage. La somme des quatre composantes est égale à 100.

3. Dépenses de R-D des entreprises en pourcentage de la valeur ajoutée totale du secteur en 2001.

Source : BCE (2004), « Sectoral Specialisation in the EU: A Macroeconomic Perspective », Occasional Paper n° 19, Banque centrale européenne.

... mais l'utilisation des TIC ne semble pas avoir stimulé la productivité dans le secteur des services

Les retombées des TIC touchent de plus en plus les utilisateurs et non les producteurs de ces technologies. Les résultats dans ce domaine apparaissent toutefois mitigés. Les entreprises suédoises sont en tête pour l'utilisation de l'Internet et ont massivement investi dans les équipements TIC (tableau 1.1). Cependant, il n'apparaît guère que cela se soit traduit par une amélioration de la productivité du travail dans les secteurs de services généralement considérés comme étant les grands bénéficiaires de nouvelles technologies⁴. Les raisons de ce phénomène ne sont pas claires, mais une explication possible, évoquée dans la précédente *Étude*, est que des pans entiers du secteur des services sont toujours à l'abri d'une véritable concurrence, soit parce que ces services sont principalement fournis par l'État, soit parce qu'ils sont protégés par des réglementations sectorielles.

Les gains de productivité ont été en partie effacés par un marché du travail morose

Le marché du travail a été le paramètre le plus décevant de la performance économique. Par rapport à la plupart des autres pays, la croissance de l'offre de main-d'œuvre a été faible. En dépit d'une reprise après le creux de 1993, le nombre total d'heures ouvrées en 2004 était encore inférieur de 6 % au pic mesuré en 1990. Les services du secteur privé ont été la seule grande branche qui a affiché des apports de main-d'œuvre plus élevés qu'en 1990, tandis que le temps de travail dans le secteur manufacturier accuse encore un déficit de 15 %. Il faut reconnaître que cette comparaison est un peu injuste, car elle jauge la faiblesse conjoncturelle actuelle à l'aune d'un niveau sans précédent, mais même si l'on prend en compte ces effets cycliques, la performance du marché du travail n'en demeure pas moins médiocre. Les principaux points faibles de l'offre de travail seront décrits plus loin. Il est satisfaisant de constater que les tendances conjuguées de la productivité et de l'offre de travail se traduisent par une croissance du PIB par habitant légèrement supérieure à la moyenne OCDE depuis le milieu des années 90. En conséquence, le long déclin du niveau de vie relatif a été sans conteste enrayé et le mouvement s'est

probablement inversé. Toutefois, le processus n'est pas allé sans heurts. Ces dernières années, l'économie a été touchée par plusieurs chocs notables au niveau de la demande, de la productivité et des prix, et le marché de l'emploi a été anormalement lent à rebondir (encadré 1.2).

Le défi du vieillissement : préserver l'essentiel du système de protection sociale malgré la hausse du taux de dépendance

La transition démographique exercera une contrainte significative sur le système suédois de protection sociale financé par l'impôt. Faire face à cette pression constitue probablement le défi le plus important pour l'économie suédoise dans le long terme. En l'état actuel des choses, les finances publiques n'atteignent pas tout à fait le niveau nécessaire pour garantir leur viabilité à long terme – c'est à dire que si les programmes actuels de fiscalité et de dépenses étaient mis en « pilotage automatique » et poursuivis dans l'avenir, et si les individus continuaient de se conduire comme ils le font aujourd'hui (avec, par exemple, les mêmes taux d'emploi et d'absentéisme pour maladie), les finances publiques accuseraient un déficit permanent d'ici à une dizaine d'années, d'où une dette publique de plus en plus élevée. Autrement dit, en l'absence de nouvelles réformes, la Suède n'aura pas les moyens de maintenir à terme ne serait-ce que son niveau actuel de transferts et de services publics, sans parler des marges de manœuvre requises pour répondre à la demande de services améliorés qui ne manquera pas de se manifester avec la hausse continue des revenus.

Le plein effet de ces changements démographiques ne se fera pas sentir avant une décennie, aussi les autorités disposent-elles d'un certain répit. Elles ne peuvent pas pour autant différer les décisions. Pour un effet maximal, certaines réformes des politiques devront être mises en route avant que la cohorte visée parte à la retraite, de façon qu'elle dispose d'un certain temps pour planifier et ajuster son comportement. En outre, comme une proportion relativement importante de la population est actuellement en âge de travailler, une fenêtre budgétaire s'offre pour constituer une épargne en prévision de ces hausses futures des coûts, en dégagant aujourd'hui des excédents budgétaires salutaires.

Perspectives de l'offre de main-d'œuvre

Le départ à la retraite de la génération du baby-boom, conjugué à une augmentation de l'espérance de vie moyenne, entraînera une forte hausse du taux de dépendance des personnes âgées. À l'horizon 2030, le nombre des personnes âgées de 65 ans et plus aura augmenté de moitié. En revanche, le nombre des personnes d'âge actif n'aura crû que de 4 %, et cette progression concernera essentiellement la tranche de 55-64 ans, dont l'offre de travail est relativement faible. Si les facteurs démographiques de base sont relativement aisés à prévoir, l'évolution du solde migratoire est beaucoup moins certaine. Le scénario central du gouvernement présume que le solde migratoire annuel se maintiendra aux alentours de 0.2 % de la population dans le long terme. En vertu de ce scénario, l'immigration représente la totalité de l'accroissement prévu de la population d'âge actif au cours des prochaines décennies. Le nombre de Suédois en âge de travailler devrait diminuer.

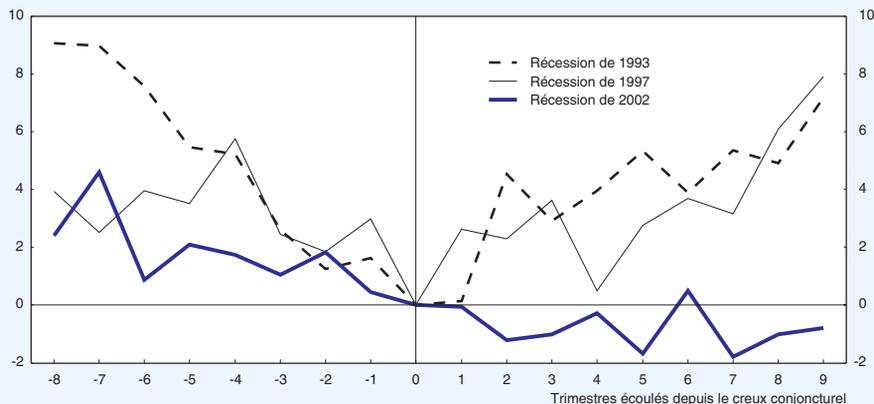
La façon dont ces tendances se répercuteront sur l'offre de travail dépend de nombreux facteurs qui tendent à se compenser (pour une analyse plus détaillée des scénarios possibles, voir le premier chapitre de l'Étude de l'an dernier). *Premièrement*, on observe une tendance longue au départ en retraite anticipé. Bien que les Suédois partent en moyenne un peu plus tard que les citoyens des autres pays européens, il y a cependant

Encadré 1.2. **Évolution récente**

La Suède bénéficie depuis trois ans d'une expansion économique principalement tirée par la demande à l'exportation. Le secteur des télécommunications, qui exerce une grande influence sur le cycle économique du pays, est en train de se redresser après l'effondrement subi au début du millénaire. Les exportations de véhicules à moteur sont également dynamiques depuis un an environ. La reprise s'est étendue à la demande interne, et une expansion autonome de la production est désormais bien engagée. L'investissement des entreprises s'est ressaisi à la faveur du bas niveau des taux d'intérêt et des taux élevés d'utilisation des capacités, tandis que la construction de logements est devenue progressivement plus soutenue. En revanche, le marché du travail demeure maussade : le chômage se maintient aux environs de 6½ pour cent (définition du BIT), ou à près de 8 % si l'on tient compte des participants aux programmes actifs du marché du travail. En comparaison des précédentes reprises, il a fallu un laps de temps anormalement long pour que la croissance de la production se répercute sur le marché du travail (graphique 1.4). C'est là, bien entendu, le prix à payer pour la remontée de la productivité. Cette situation implique aussi que l'économie dispose d'un certain volant de capacités inemployées, qui maintient l'inflation à un bas niveau. Le raffermissement du taux de change, la faiblesse de l'inflation internationale et le durcissement de la concurrence intérieure ont également contribué à maintenir les prix sous contrôle. En conséquence, au début de 2005 le taux d'inflation sous-jacent est tombé au-dessous de la limite inférieure de la fourchette de 1-3 % retenue comme objectif par la banque centrale, mais il va sans doute rebondir avec la dissipation de ces facteurs exceptionnels. La faiblesse de l'inflation a permis à la banque centrale de maintenir les taux d'intérêt à des niveaux relativement bas. Une fois cette dynamique conjoncturelle épuisée, la croissance du PIB par habitant devrait revenir sur une trajectoire durable de l'ordre de 2 % par an dans le moyen terme (tableau 1.4).

Graphique 1.4. **Le marché du travail a été long à rebondir**

Nombre total d'heures travaillées au cours des derniers cycles économiques¹



1. Les lignes représentent le nombre d'heures travaillées en pourcentage de leur niveau au moment du creux conjoncturel, c'est-à-dire le point auquel l'écart de production est le plus grand (1993 T4, 1997 T1 et 2002 T2).

Encadré 1.2. **Évolution récente (suite)**Tableau 1.4. **Résumé des prévisions à moyen terme**

	2003	2004	2005	2006	Moyenne 2007-10
Croissance du PIB réel (% annuel)	1.6	3.0	2.8	3.3	2.3
Croissance de la consommation privée réelle (% annuel)	1.5	1.8	2.4	2.7	2.5
Croissance de l'investissement productif réel (% annuel)	-2.8	4.9	10.1	6.3	2.5
Écart de production (% de la production potentielle)	-1.6	-1.0	-0.5	0.3	0.2
Solde des opérations courantes (% du PIB)	6.4	8.0	6.6	6.5	5.8
Taux d'emploi (% de la population en âge de travailler)	74.2	73.5	73.3	73.7	73.7
Variation de l'IPC (T4/T4, %)	2.2	0.8	0.6	1.6	2.0
Solde des administrations publiques (% du PIB)	-0.1	1.2	0.7	0.8	0.7
Solde structurel des administrations publiques (% du PIB)	1.0	1.9	1.2	0.6	0.6

Source : Base de données des Perspectives économiques de l'OCDE, n° 77.

une forte baisse du taux d'activité car les travailleurs deviennent plus âgés et prennent leur retraite environ six ans plus tôt qu'ils ne le faisaient en 1965. En outre, de nombreux Suédois âgés non retraités se trouvent en congé de maladie de longue durée et ne font donc pas partie de la population occupée. *Deuxièmement*, la durée moyenne du travail pour les travailleurs à temps plein a baissé au cours de la génération écoulée, même si cet effet a été compensé par le passage des femmes du temps partiel au temps complet. Sur longue période, les principaux déterminants de la durée du travail sont le revenu et la fiscalité. En général, les individus préfèrent utiliser une partie de leurs gains de productivité et de revenu sous la forme de loisirs supplémentaires, et cette tendance va certainement perdurer. Toutefois, les impôts sur le travail amplifieraient probablement la tendance à une réduction du temps de travail (voir le chapitre 2).

Troisièmement, la très grande majorité des immigrants devraient provenir de pays non membres de l'UE. Il s'agit d'une catégorie de travailleurs qui s'efforcent depuis de nombreuses années d'accéder au marché du travail suédois. *Quatrièmement*, la proportion des jeunes engagés dans des études tertiaires pourrait continuer de croître. Ces jeunes restent ainsi à l'écart du marché du travail, mais des personnes mieux formées tendent à prendre une retraite plus tardive, si bien que l'effet global sur la durée moyenne de la vie active est incertain. *Enfin*, l'absentéisme pour maladie et les cas d'invalidité ont augmenté notablement au cours de la décennie écoulée. L'efficacité avec laquelle le gouvernement parviendra à inverser durablement cette tendance aura une incidence significative sur l'offre future de travail. C'est la raison pour laquelle la présente *Étude* accorde une attention particulière à cette question.

Tout bien considéré, dans un scénario à « politiques inchangées » l'évolution démographique devrait se traduire en 2050 par une offre de travail potentielle supérieure d'à peine 5 % à ce qu'elle est aujourd'hui (tableau 1.5). Si les réformes sont retardées et que la tendance à la baisse de l'activité et à la réduction du temps de travail n'est pas enrayerée avant 2020, l'offre de main-d'œuvre pourrait baisser de 10 %. Toutefois, la principale conclusion qui ressort du tableau 1.5 ne concerne pas les chiffres précis, qui sont très

Tableau 1.5. **Scénarios pour la durée totale du travail**

Pourcentages

	Variation par rapport à 2003		
	2010	2020	2050
Impact démographique total sur la durée totale du travail, scénario de base	0.1	0.6	4.9
<i>dont :</i>			
Taille de la population autochtone d'âge actif, 20-64 ans	-0.4	-2.1	0.4
Taille de la population immigrée d'âge actif, 20-64 ans	3.1	5.6	9.2
Effets de composition dus au taux d'emploi (âge, sexe et origine)	-2.4	-2.7	-4.5
Effets de composition dus à la durée du travail (âge, sexe et origine)	-0.2	-0.1	-0.3
Variation supplémentaire due au prolongement des tendances			
Poursuite de la baisse tendancielle du taux d'activité jusqu'en 2020	-4.3	-9.4	-10.1
Poursuite de la baisse tendancielle de la durée du travail jusqu'en 2020 ¹	-1.6	-3.5	-3.5
Variation supplémentaire due à une meilleure intégration des immigrants ²	2.1	4.2	8.9

1. Une baisse annuelle de 0.2 % par an de la durée moyenne du travail est retenue comme hypothèse. Ce pourcentage ne représente que la moitié de la baisse annuelle moyenne observée entre 1960 et 2002, compte tenu de la perspective d'une poursuite de la diminution du travail à temps partiel au profit de l'emploi à plein-temps.
2. La moitié de la différence de taux d'emploi par rapport aux autochtones aurait été éliminée en 2020.

Source : Statistics Sweden; ministère des Finances; calculs de l'OCDE.

incertains, mais le fait que les hypothèses relatives au comportement de la population résidente sur le marché du travail altèrent les variations purement démographiques. Celles-ci dépendent elles-mêmes massivement des politiques en matière de fiscalité et de protection sociale. Par conséquent, l'évolution économique de la Suède ne sera pas tant déterminée par des facteurs échappant à son contrôle que par les choix politiques qu'elle fera pour y faire face.

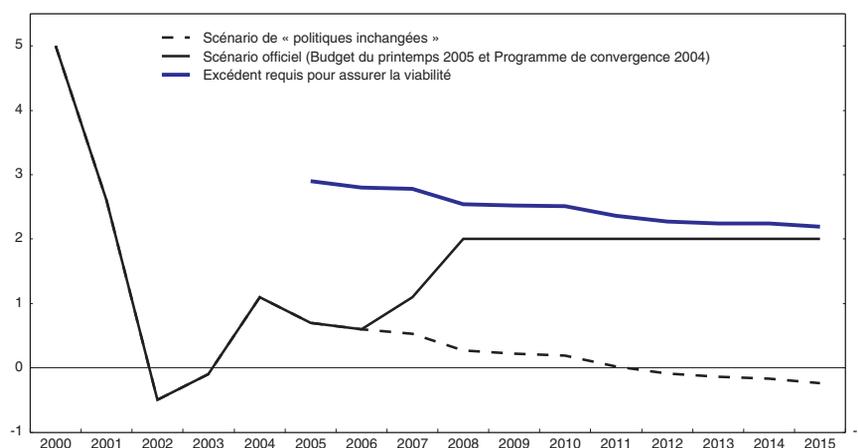
Perspectives des finances publiques

Dans l'hypothèse de politiques inchangées, les perspectives de la situation démographique et de l'offre de main-d'œuvre décrites ci-dessus devraient se traduire par une hausse des dépenses primaires publiques de 4½ points de PIB entre 2005 et 2050 (voir le chapitre 2 qui présente une analyse détaillée et quelques autres scénarios). Les recettes augmenteront aussi dans une certaine mesure, mais pas suffisamment pour compenser l'alourdissement des dépenses. Le solde primaire accusera donc une dégradation estimée à 3¼ points de PIB au cours de cette période.

Compte tenu de ces perspectives, les autorités devraient dégager un excédent de 3 % du PIB cette année pour faire en sorte que la politique budgétaire demeure sur une trajectoire viable (en ce sens qu'elle serait sur un sentier compatible avec la contrainte budgétaire intertemporelle du gouvernement) – voir le graphique 1.5. Cela impliquerait à l'évidence un durcissement considérable de la politique budgétaire par rapport à la prévision officielle de 0.6 % du PIB pour cette année. Un resserrement de cette ampleur n'est guère réaliste et aurait probablement des effets préjudiciables à court terme. En revanche, la réalisation de l'objectif gouvernemental à moyen terme de 2 % du PIB au cours des prochaines années permettrait d'assurer dans une large mesure, mais pas totalement, la viabilité de la politique budgétaire. De surcroît, retarder l'assainissement budgétaire rendrait la tâche plus difficile. Cela aggraverait aussi le déséquilibre de la répartition des revenus entre générations – la génération issue du baby-boom approchant de l'âge de la retraite, il ne reste plus beaucoup de temps pour la faire contribuer à la réduction de la

Graphique 1.5. **Le solde budgétaire des administrations publiques doit s'accroître**

Capacité de financement des administrations publiques en % du PIB



Source : Ministère des Finances ; calculs de l'OCDE.

dette dans la perspective des pressions supplémentaires qu'elle va exercer par la suite sur les dépenses publiques.

À l'évidence, engager la politique budgétaire sur une trajectoire viable est une tâche ardue. Cependant, les efforts d'assainissement des finances publiques ont été bien plus énergiques et efficaces en Suède que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Tout d'abord, ce pays a mis en place un cadre budgétaire robuste : une procédure budgétaire du sommet à la base, des plafonds de dépenses pluriannuels et des objectifs à moyen terme pour le solde budgétaire. Ces dispositions sont censées enserrer la politique budgétaire dans un corset. Elles ont fonctionné de façon relativement satisfaisante et ont exercé une contrainte réelle sur les dépenses, mais certaines dépenses fiscales ont été utilisées pour tourner les plafonds de dépenses, et pendant plusieurs années le gouvernement n'a pas atteint son objectif en matière d'excédent (voir le chapitre 2). Deuxièmement, la Suède part d'une position plus enviable que celle de beaucoup d'autres pays : elle affiche un léger excédent, sa dette brute est redescendue aux environs de 50 % du PIB (définition de Maastricht) et son solde financier est positif. Troisièmement, l'accroissement prévu des dépenses publiques est moins alarmant en Suède que dans la majorité des pays de l'OCDE (Case et al., 2003), en partie parce que l'augmentation du taux de dépendance y est moins prononcée. En revanche, nombre des pays qui se trouvent apparemment dans une position plus défavorable que la Suède disposent aussi de marges de manœuvre plus larges. Selon l'analyse développée dans cette *Étude*, la Suède a très peu de possibilités d'accroître les impôts sur le revenu, et gagnerait sans doute à les réduire, tandis que son taux d'emploi déjà relativement élevé implique que ses réserves de main-d'œuvre inemployées sont plus limitées qu'ailleurs.

Répondre à la demande de services publics améliorés

Le scénario du graphique 1.5 évalue l'excédent requis pour maintenir les services publics à leur niveau actuel dans l'avenir. À certains égards, il s'agit là d'une hypothèse peu plausible. La plupart des services de protection sociale étant élastiques par rapport au revenu, les demandes des individus augmenteront avec la hausse des revenus moyens

induite par les gains de productivité. Or, cet effet n'est pas pris en compte dans les calculs. Selon le scénario officiel, à l'horizon 2050 la consommation privée par personne aura augmenté d'environ 150 % en volume, tandis que la consommation publique sera pour l'essentiel inchangée : ce scénario présume que les individus demanderont davantage d'automobiles et de vacances à l'étranger, par exemple, mais pas de services sociaux. Au vu des tendances passées, il est plus judicieux de supposer que la dépense publique augmentera plus rapidement que ne l'impliquent les seules pressions démographiques (tableau 1.6). Même dans l'hypothèse prudente d'un taux annuel de hausse des dépenses supérieur de 0.5 % à celui du scénario de référence, il faudrait que l'excédent atteigne 6 % du PIB cette année (d'après les estimations de l'OCDE) pour que la politique budgétaire soit engagée sur une trajectoire viable. Pareil objectif est manifestement illusoire, et il faudra donc trouver d'autres solutions.

Tableau 1.6. Hausse des normes des services publics (valorisation)

Croissance de la consommation publique réelle par personne au-delà du montant imputable aux effets démographiques (âge et sexe), pourcentage annuel

Depuis 1950	Depuis 1960	Depuis 1970	Depuis 1980	Depuis 1990	Depuis 2000
2.3	2.0	1.2	0.6	0.2	0.5
Excédent nécessaire aujourd'hui pour assurer la viabilité des finances publiques ¹					
20.2	17.8	11.4	6.7	3.7	5.9

1. Excédent avec lequel la contrainte budgétaire intertemporelle serait respectée.

Source : Calculs de l'OCDE fondés sur l'Enquête suédoise à long terme.

Le secteur public doit devenir plus efficient

Étant donné la taille du secteur public, les possibilités d'améliorer son efficacité détermineront dans une large mesure l'ampleur de l'élagage du système de protection sociale qui pourrait s'avérer nécessaire dans l'avenir. L'un des moyens les plus efficaces d'accroître la productivité est d'exposer le secteur public à une plus vive concurrence. Des études menées en Suède et ailleurs ont montré que la production et la fourniture de biens et services publics tendent à devenir nettement plus efficaces lorsqu'elles sont ouvertes à la concurrence, tandis que la qualité est maintenue ou améliorée (Konkurrensverket, 2002). En dépit de certains progrès au cours de la décennie écoulée, la Suède est loin d'avoir épuisé toutes les possibilités dans ce domaine. Dans une large mesure, un financement public implique encore une production ou une prestation publique : bien que la prestation privée de services sociaux ait légèrement augmenté, les fonctionnaires représentent encore près de 90 % des effectifs de ce secteur (ministère des Finances, 2004). Certaines collectivités locales sont plus réticentes que d'autres à modifier leur mode de fonctionnement, et il est arrivé que des communes enfreignent les règles en matière de marchés publics et refusent même de se conformer aux décisions ultérieures des tribunaux. Dans les segments où le secteur privé a tenté de prendre pied, des obstacles réglementaires ou des pratiques anticoncurrentielles ont parfois faussé les conditions de concurrence au profit des prestataires publics (voir la précédente Étude). L'État est le premier actionnaire du secteur des entreprises ; sa part y est la plus élevée de l'UE. L'État conserve d'importantes participations dans des branches que beaucoup d'autres pays ont privatisées avec succès, comme les services postaux, les télécommunications, l'électricité,

les transports aériens et la distribution de détail. De la sorte, l'État se prive de gains d'efficacité et immobilise du capital qui pourrait être utilisé ailleurs (notamment pour offrir des services sociaux de meilleure qualité).

Dans l'avenir, il sera également important de trouver des moyens plus satisfaisants de redéployer les ressources vers les secteurs les plus prioritaires. À titre d'exemple, avec l'évolution de la pyramide des âges le nombre des écoles et des enseignants devrait décroître, les ressources correspondantes étant transférées à la santé et aux soins aux personnes âgées. Toutefois, l'expérience passée en Suède et ailleurs démontre la difficulté de cette tâche (ministère des Finances, 2004). À cet effet, il faudrait peut-être revoir la répartition des compétences entre les niveaux d'administration et examiner comment sont allouées les subventions de l'administration centrale.

Il faut accroître l'offre de travail pour maintenir le système de protection sociale

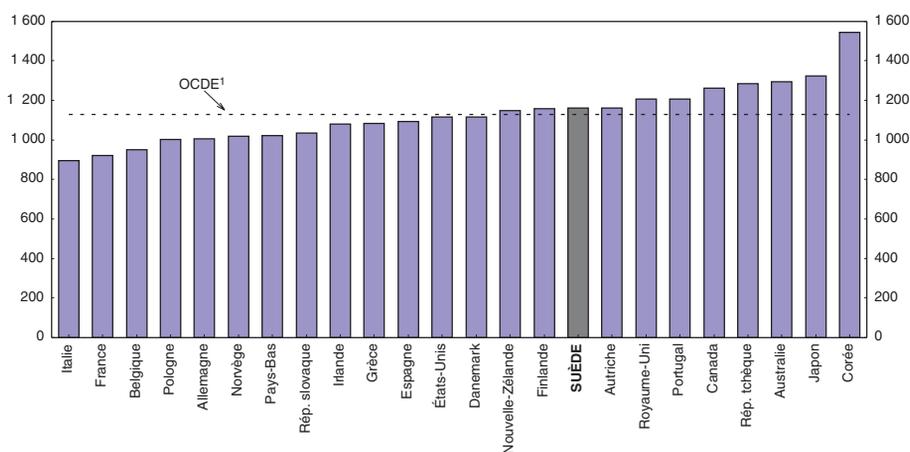
La durée moyenne du travail est faible

L'une des caractéristiques du marché du travail suédois est de conjuguer des taux d'emploi relativement élevés avec un temps de travail moyen faible. En conséquence, l'offre totale de travail est à peu près moyenne (graphique 1.6). Aussi, pour financer les services publics, il faut des taux d'imposition plus élevés qu'ils ne devraient l'être. L'une des raisons de la durée réduite du travail est que la semaine de travail normale est plus courte d'une heure environ que la moyenne européenne. Mais le déficit de travail résulte pour l'essentiel de l'absentéisme, dont les principales causes sont les congés, l'arrêt maladie et le congé parental. Toutes ces absences étant prises en compte, le Suédois « moyen » interrompt son activité pendant 17 semaines chaque année.

Étant donné l'ampleur de l'absentéisme, si l'on raisonne uniquement en termes d'emploi on se fait une idée fautive de l'évolution du marché du travail suédois au fil du temps. Si les taux d'emploi ont augmenté depuis 1990, il en a été de même des absences – surtout pour les maladies de longue durée, mais le congé maternité a eu aussi tendance

Graphique 1.6. L'offre totale de travail est proche de la moyenne

Heures travaillées par personne d'âge actif, 2003

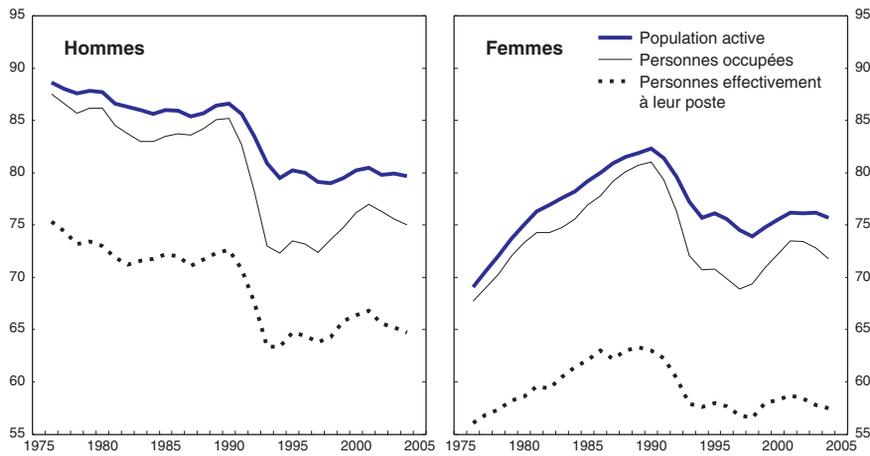


1. Moyenne non pondérée de 24 pays.

Source : Bases de données de l'OCDE sur la durée annuelle du travail et la productivité.

Graphique 1.7. **L'emploi effectif est beaucoup plus faible que l'emploi mesuré**

Pourcentage de la population



Source : Statistics Sweden, OCDE.

à s'allonger. En conséquence, le nombre de personnes en activité reste à peu près inchangé depuis plus d'une décennie (graphique 1.7). Si l'on y ajoute la réduction de la durée hebdomadaire normale du travail et le fait que le redéploiement des femmes du temps partiel vers le plein-temps a apparemment pris fin, le nombre total d'heures travaillées en Suède est presque le même qu'il y a une vingtaine d'années. Or cette offre de travail doit financer des dépenses publiques qui ont presque doublé en termes réels.

Le plus urgent est de réduire les absences pour maladie et invalidité

La fréquence des cas de maladie et d'invalidité a grimpé en flèche ces dernières années, particulièrement en ce qui concerne les absences de longue durée. L'an dernier, environ un cinquième de la main-d'œuvre potentielle était soit en congé de maladie soit titulaire d'une prestation d'invalidité. Ce taux d'absentéisme pour maladie est le plus élevé de la zone OCDE. Les personnes âgées sont plus susceptibles d'être en arrêt maladie, et elles représentent une proportion importante de la hausse intervenue depuis 1998. Dans une certaine mesure, la prestation de maladie est donc la voie préférée vers la retraite anticipée; dans d'autres pays, quelques-uns de ces travailleurs âgés seraient recensés comme chômeurs ou toucheraient une pension publique de préretraite. Néanmoins, le problème des absences maladie ne se limite pas à cet aspect, et il se manifeste dans tous les groupes d'âge. Le taux de maladie chez un Suédois âgé d'une vingtaine d'années, par exemple, dépasse le taux d'absences global dans tous les autres pays européens sauf quatre. De surcroît, les perspectives sont préoccupantes : la modification prévisible du profil de l'emploi dans le moyen terme – à savoir, une augmentation de la demande de travailleurs des services publics, dont la très grande majorité sont des femmes – se concentrera sur les catégories qui enregistrent aujourd'hui les taux d'absentéisme les plus élevés. Les femmes ont environ deux fois plus de chances que les hommes de percevoir une prestation de maladie, et l'absentéisme est nettement plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé.

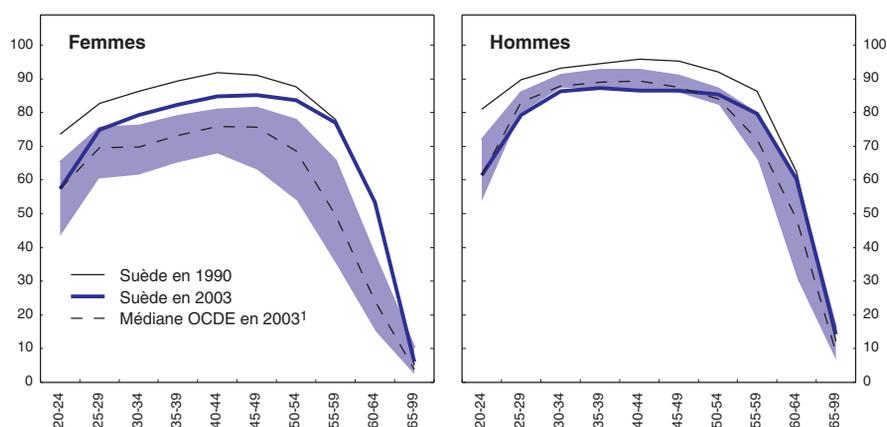
Il existe plusieurs segments dans lesquels l'emploi pourrait également être augmenté

Le taux d'emploi global est supérieur à la moyenne, mais ce chiffre masque des variations importantes de la performance du marché du travail suivant les diverses couches de la population. Même si la Suède a moins de possibilités que d'autres pays d'accroître l'emploi total, il subsiste plusieurs poches dans lesquelles une certaine amélioration serait réalisable.

- Dans presque toutes les classes d'âge, les taux d'emploi masculin n'ont pas retrouvé leur niveau d'avant la récession (graphique 1.8). De fait, le niveau d'emploi des hommes d'âge très actif demeure relativement médiocre : il est inférieur à la moyenne OCDE et accuse un déficit de plusieurs points de pourcentage sur les autres pays nordiques. L'accroissement de l'inactivité dans ce groupe reflète une augmentation du nombre de personnes qui se jugent inaptes à travailler et ont pris une retraite anticipée ou qui perçoivent une prestation d'invalidité, à quoi s'ajoute une augmentation du nombre des personnes en cours d'études (environ 7 % des membres de ce groupe d'âge font des études, même s'ils ne suivent pas tous une formation à plein-temps).

Graphique 1.8. Taux d'emploi selon l'âge

En pourcentage



1. La zone ombrée correspond aux deux quartiles intermédiaires (la moitié des pays entrent dans cette fourchette).
Source : OCDE, base de données ELS.

- Si l'on considère les niveaux d'instruction, ce sont les personnes ayant le niveau d'études le plus élevé qui expliquent ce déficit d'emploi par rapport aux hommes d'âge actif des autres pays – la Suède obtient des résultats satisfaisants quand il s'agit de trouver des emplois pour les personnes peu qualifiées. On observe un profil similaire chez les femmes. Dans leur cas, toutefois, les taux d'emploi sont supérieurs à la moyenne pour tous les niveaux d'instruction, mais la performance relative décroît avec le niveau de formation.
- Même s'il s'est quelque peu redressé par rapport à son creux du milieu des années 90, le taux d'emploi féminin reste lui aussi sensiblement inférieur aux niveaux atteints en 1990. Les raisons en sont à peu près les mêmes que pour les hommes : une hausse des taux d'invalidité et une augmentation du nombre de femmes d'âge très actif qui font des études.

- Le taux d'emploi des jeunes est inférieur à la moyenne (compte non tenu des étudiants qui travaillent quelques heures par semaine). L'offre de travail chez les jeunes est réduite parce qu'ils restent longtemps dans le système éducatif. Ce problème présente deux aspects. *Premièrement*, l'entrée dans la population active et à l'université tend à être retardée, notamment parce que 40 % des élèves redoublent vers la fin de leur scolarité afin d'améliorer leurs notes. *Deuxièmement*, les étudiants mettent beaucoup de temps à achever leurs études universitaires. Au total, l'âge auquel les jeunes s'insèrent dans le marché du travail a augmenté d'environ 5 ans depuis 1987 (SOU, 2001). De plus, le nombre des jeunes âgés de 16-24 ans qui ne travaillent pas et ne font pas d'études a plus que doublé depuis 1990.
- Il existe certaines possibilités d'accroître l'emploi chez les personnes âgées, mais la marge d'action est sans doute limitée à moins que les programmes publics d'aide au revenu ne soient radicalement modifiés. Le taux d'emploi des 55-64 ans est déjà supérieur à la moyenne OCDE (mais il faut se rappeler que beaucoup de ces personnes ne travaillent pas réellement car elles perçoivent une prestation de maladie de longue durée), et l'âge effectif moyen du départ à la retraite est un peu plus élevé en Suède que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Il est difficile d'inverser la tendance ancienne au départ anticipé qui se manifeste presque partout depuis plusieurs décennies, et la principale initiative à prendre – réformer le système de retraite – a déjà été largement mise en œuvre en Suède.

Au demeurant, certaines des personnes occupées n'exercent pas nécessairement l'emploi qui leur convient le mieux. La Suède applique des règles de protection de l'emploi relativement strictes, dont la plus importante est la règle du dernier entré premier sorti, ou règle d'ancienneté, qui assure une grande sécurité de l'emploi aux travailleurs qui ne changent pas d'employeur. Comme on pourrait s'y attendre, les Suédois tendent à rester dans le même emploi beaucoup plus longtemps que ce n'est le cas dans les autres pays de l'OCDE (voir l'*Étude* de l'an dernier). Certes, cela peut les aider à acquérir des compétences spécifiques de l'entreprise et inciter les employeurs à participer à leur formation permanente en tant qu'adultes, mais le faible taux de mobilité professionnelle fait qu'il est plus difficile de redéployer des ressources de main-d'œuvre limitées vers les secteurs où elles sont particulièrement nécessaires. C'est peut-être aussi pourquoi l'activité entrepreneuriale est relativement peu développée en Suède (voir l'*Étude* de l'an dernier); les propriétaires comme les premiers salariés ont sans doute trop à perdre en termes de droits cumulés à la sécurité de l'emploi s'ils prennent le risque de participer à la création d'une nouvelle entreprise. De plus, en raison des dysfonctionnements du marché du logement, il est plus malaisé d'aller exercer un nouvel emploi dans une autre région du pays (voir l'*Étude* de 2002). La relative rigidité des marchés du travail et du logement fait que la productivité est sans doute plus basse qu'elle ne devrait l'être.

Atteindre les objectifs environnementaux au moindre coût

L'instauration d'un développement durable exige un bon équilibre entre les objectifs économiques, environnementaux et sociaux. La Suède a des ambitions environnementales et elle est parvenue à les réaliser de façon assez satisfaisante, à la faveur de cadres institutionnels et réglementaires robustes et d'une profonde réforme de la planification et de la législation. Des progrès remarquables ont été accomplis dans le découplage entre les pressions sur l'environnement et la croissance économique. Le recours généralisé aux instruments économiques y est pour quelque chose. Ainsi, la « réforme fiscale verte » en cours (qui devrait

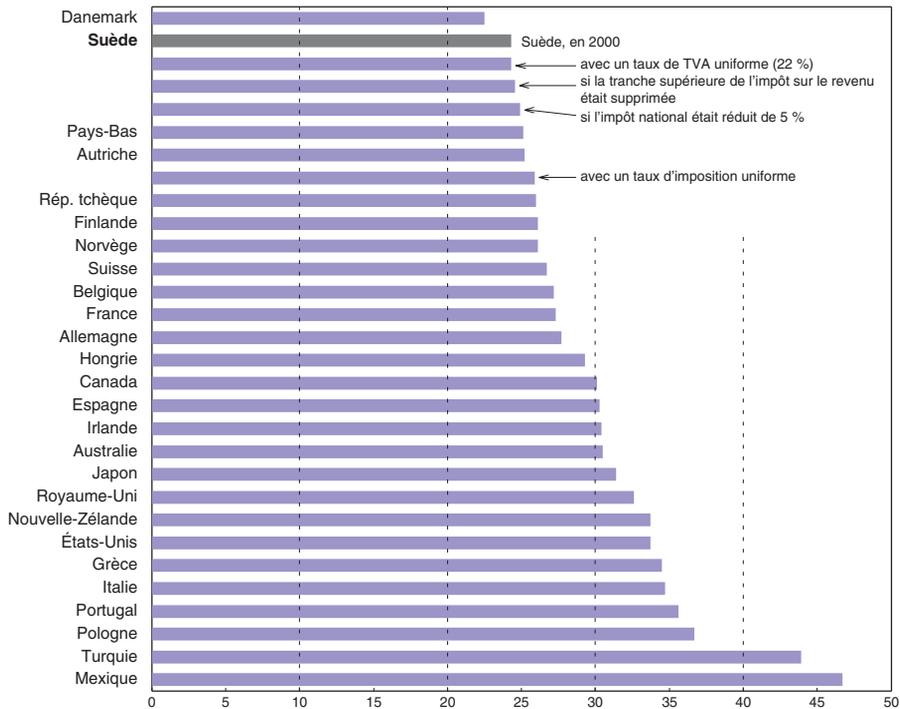
représenter quelque 1 % du PIB sur la période 2001-10) implique une hausse des taux des écotaxes, entièrement compensée par des réductions de la fiscalité du travail.

Même si des gains remarquables ont été obtenus, les politiques pourraient gagner en efficacité dans un certain nombre de domaines. *Premièrement*, la décentralisation des compétences pour la mise en œuvre de la politique d'environnement s'est traduite par de fortes variations des efforts de surveillance d'une commune à l'autre, ce qui a créé des conditions de concurrence inégales pour les entreprises à l'échelle nationale. Par conséquent, l'administration centrale devrait améliorer les orientations qu'elle édicte à l'intention des niveaux inférieurs d'administration, les compétences en matière d'inspection et de mise en application à tous les niveaux d'administration devraient être revues et les sanctions à l'encontre des entreprises devraient être plus largement utilisées (OCDE, 2004b). Un *deuxième* problème est la longueur du processus d'autorisation pour les projets ayant des conséquences pour l'environnement (1½ à 2 ans pour les grandes installations). Ce délai implique des coûts de transaction élevés et peut entraver des investissements qui seraient bénéfiques à la fois pour le développement économique et pour la protection de l'environnement. *Troisièmement*, il n'y a pas d'avancées en ce qui concerne la réduction des écoulements de nitrates dans la mer Baltique. Étant donné le coût élevé d'une réduction des émissions provenant de la seule Suède, un mécanisme régional d'échange de droits d'émission pourrait s'avérer plus efficace (OCDE, 2004c). *Enfin*, la Suède a fixé des objectifs nationaux de réduction des émissions de gaz à effet de serre qui vont bien au-delà de son engagement dans le cadre du Protocole de Kyoto, alors même que ses émissions par tête sont déjà faibles. Toutefois, dans certains secteurs, les coûts de réduction des GES sont plus élevés qu'il ne serait nécessaire car on n'utilise pas toujours l'analyse économique pour déterminer les options de dépollution les plus efficaces par rapport à leur coût. La participation de la Suède au programme d'échange de droits d'émission de l'UE devrait toutefois lui permettre de réaliser ses objectifs pour un coût plus réduit.

Le dilemme équité-efficacité

Bon nombre des défis évoqués dans ce rapport ont des incidences sur l'égalité. À l'heure actuelle, la Suède se classe au second rang de la zone OCDE pour ce qui est de l'équité de la distribution du revenu (graphique 1.9)⁵, en dépit d'un certain creusement des écarts ces deux dernières décennies. La répartition des revenus sur la vie entière est encore plus homogène, car une très grande proportion des services sociaux implique une redistribution dans le temps pour un même individu. Le maintien d'un haut degré d'égalité est un objectif social clairement affirmé. Toutefois, la difficulté pour les décideurs est de bien concilier les avantages et les coûts de l'égalité des revenus. Dans les chapitres suivants de la présente *Étude*, on verra que le niveau élevé des impôts marginaux sur les revenus du travail en Suède exerce un impact négatif sur l'offre de main-d'œuvre et sur les incitations à acquérir une formation supérieure liée à l'emploi. En outre, l'étroitesse de l'éventail des salaires contribue sans doute à réduire la productivité et à accroître l'absentéisme (Alexopoulos et Cohen, 2004). Les réformes susceptibles d'améliorer la performance économique de la Suède – et de consolider le système de protection sociale – sont souvent rejetées lorsqu'elles auraient aussi pour effet d'élargir, même très légèrement, l'éventail des salaires. C'est là, naturellement, un choix de société légitime. Cela étant, le problème vient sans doute en partie de ce que les Suédois envisagent la distribution des revenus en termes absolus, et non par rapport aux autres pays, de sorte qu'ils manquent de repères pour jauger l'ampleur qualitative éventuelle de l'impact d'une mesure. À titre

Graphique 1.9. La distribution des revenus est relativement équitable

Coefficients de Gini en 2000¹

1. Plus le coefficient de Gini est élevé, plus les inégalités de revenu sont grandes. Il s'échelonne de 0 (tout le monde a le même revenu) à 100 (une personne a tous les revenus).

Source : Calculs de l'OCDE ; ministère des Finances de la Suède ; Förster, Michael et Marco Mira d'Ercole (2005), « Income distribution and poverty in OECD countries in the second half of the 1990s », Document de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations, n° 22.

d'illustration, le graphique 1.9 montre l'effet statique estimé sur la distribution du revenu de plusieurs réformes fiscales théoriques (dont quelques-unes sont examinées plus loin). La mesure la plus simple consiste à appliquer de nouveau pour la TVA un taux forfaitaire uniforme, comme il l'était en 1990. La variation du coefficient de Gini (qui mesure la dispersion des revenus) induite par une telle mesure est tellement faible qu'elle est pratiquement indétectable dans le graphique 1.9. Même si l'on prenait la décision assez radicale d'adopter un taux forfaitaire pour l'impôt sur le revenu, en termes statiques la Suède conserverait l'un des régimes de distribution les plus équitables du monde⁶. La conclusion à en tirer ne porte pas tant sur les effets de telle ou telle mesure fiscale, mais sur le fait que les Suédois devraient peut-être changer leur cadre de référence en ce qui concerne l'équité, sinon ils risquent de rejeter des réformes judicieuses simplement pour éviter des modifications de la répartition des revenus qui ne seraient en fait que mineures.

Conclusions

La Suède a entrepris d'importantes réformes qui ont amélioré sa performance économique au cours de la décennie écoulée et qui préservent dans une certaine mesure son système de protection sociale. Mais il faut aller plus loin dans l'amélioration des finances publiques, la stimulation de l'offre de main-d'œuvre et l'accroissement de

l'efficacité du secteur public. Les options qui s'offrent aux autorités pour atteindre ces objectifs sont décrites dans les chapitres suivants de l'Étude. Le chapitre 2 analyse le défi budgétaire de façon plus détaillée, passe en revue les progrès réalisés à ce jour et examine quelques-unes des initiatives qui s'imposent pour améliorer la rentabilité des activités du secteur public. Le chapitre 3 aborde le principal problème économique structurel du pays – l'absentéisme pour maladie et invalidité – et décrit les mesures qui s'avèrent efficaces dans d'autres pays. Le chapitre 4 examine d'autres aspects du marché du travail. Enfin, le chapitre 5 présente un examen approfondi du système de santé.

Notes

1. Dans tout pays, il est difficile de séparer la tendance du cycle, mais l'opération est particulièrement incertaine pour une économie comme la Suède qui émerge d'une très profonde récession. Néanmoins, l'estimation faisant état d'une hausse du taux de croissance de la productivité tendancielle est relativement robuste. En témoignent diverses méthodes de séparation des composantes structurelle et conjoncturelle, notamment les techniques de filtrage (par exemple les filtres HP et Kalman, dans des cadres à la fois univariés et multivariés), l'analyse statistique simple (moyennes mobiles) et l'analyse graphique (étude de la croissance de pic à pic, par exemple). L'amélioration est également manifeste si l'on examine l'économie dans son ensemble ou simplement le secteur des entreprises, et la conclusion n'est pas altérée de façon qualitative lorsque divers problèmes de mesure sont pris en compte (par exemple : comment évaluer les améliorations de la qualité des biens de haute technologie), même si l'ampleur estimée de la reprise varie.
2. Des données plus à jour sur les parts de valeur ajoutée dans les TIC ne sont pas encore disponibles pour la Suède. Par conséquent, il est difficile de savoir dans quelle mesure ce secteur a rebondi après la crise des télécommunications au début des années 2000. Toutefois, les estimations des exportations et de la rentabilité donnent à penser qu'il y a eu un redressement marqué.
3. Cette évolution des prix se reflète dans les termes de l'échange, qui ont accusé une dégradation tendancielle depuis le milieu des années 90. Cette détérioration peut être attribuée en totalité au secteur des télécommunications.
4. Voir OCDE (2004a), tableaux A5.1 et A5.2.
5. La comparaison présentée au graphique 1.9 porte sur l'année 2000, durant laquelle la bulle des télécommunications a atteint son ampleur maximale. Pour cette raison, la distribution du revenu en Suède a sans doute été anormalement dispersée cette année-là.
6. Une importante distinction s'impose entre les effets statiques et les effets dynamiques sur la distribution du revenu. Le graphique 1.9 fait apparaître les effets statiques – c'est-à-dire en l'absence présumée de réactions comportementales. Une réduction du taux supérieur de l'impôt entraînerait un élargissement de l'éventail des revenus plus marqué que ne l'indique le graphique 1.9 si elle incitait les individus à travailler davantage, par exemple. Toutefois, la contestation pour des raisons sociales de tout creusement des disparités dû à ces réponses dynamiques est différente d'une contestation des effets redistributifs statiques (ou mécaniques). Elle équivaudrait à refuser l'accroissement de la « part de gâteau » et, partant, du montant des ressources disponibles pour la redistribution, que pourrait induire une expansion de l'effort de travail.

Bibliographie

- Alexopoulos, M. et J. Cohen (2004), « Lessons from the Past: What Can We Learn From The History of Centralized Wage Bargaining? », *Riksbank Economic Review* 2004/1.
- Casey, B. et al. (2003), « Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 369, Paris.
- Conway, P., V. Janod et G. Nicoletti (2005), « Product Market Regulation in OECD Countries: 1998 to 2003 », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 419, Paris.
- Konkurrensverket (2002), *Vårda och skapa konkurrens*, Konkurrensverkets rapportserie 2002:2, Stockholm.

Ministère des Finances (2004), *The Long-Term Survey of Swedish Economy*, Rapports officiels du gouvernement suédois, SOU 2004:19.

OCDE (2004a), *The Economic Impact of ICT – Measurement, Evidence and Implications*, Paris.

OCDE (2004b), *Examens environnementaux de l'OCDE : Suède*, Paris.

OCDE (2004c), *Études économiques, Suède, 2004*, Paris.

SOU (2001), *Ofärd i välfärden*, Forskarantologi från kommittén Välfärdsbokslut, Fritzes, Stockholm.

ANNEXE 1.A1

Bilan des réformes structurelles

Le tableau ci-après fait le point des suites données aux recommandations figurant dans les précédentes *Études*. Les nouvelles recommandations sont mentionnées dans le chapitre pertinent de la présente *Étude*.

Recommandations	Mesures prises depuis la précédente <i>Étude</i> (mars 2004)
MARCHÉS DU TRAVAIL	
Éviter de réduire la durée du travail.	Un congé sabbatique a été instauré à compter de 2005, la condition étant que le bénéficiaire soit remplacé par un chômeur. Cela encourage les personnes qui ont un emploi à réduire leur temps de travail, mais il est difficile de dire si le nombre total d'heures travaillées s'en trouvera réduit. La dernière série d'accords salariaux conclus entre les partenaires sociaux offre la possibilité de réduire le temps de travail.
Abaisser les taux de remplacement de l'assurance-chômage pour permettre à la structure des salaires de s'adapter aux différences de risque de chômage.	Pas de mesure. La recommandation est rejetée par les autorités, dont l'approche en matière d'assurance sociale est fondée sur le principe du remplacement du revenu.
Réduire la générosité des prestations de chômage à temps partiel.	Pas de mesure.
Encourager les étudiants à accélérer leurs études supérieures en réduisant la générosité des bourses et inciter les entreprises à offrir des avantages salariaux plus élevés aux candidats les plus diplômés.	Pas de mesure.
Assouplir encore la législation relative à la protection de l'emploi.	Pas de mesure. Le gouvernement rejette cette recommandation car il estime que la LPE assure actuellement un juste équilibre entre flexibilité et sécurité de l'emploi.
Mettre en œuvre des mesures pour limiter les préjudices causés à des tiers par les actions revendicatrices, en utilisant le rapport Öberg comme point de départ.	Le Bureau national du médiateur, créé en 2000, a pour tâches principales <i>a)</i> de servir de médiateur en cas de conflit du travail (il dispose pour cela des deux instruments que sont la médiation obligatoire et la demande de report des actions revendicatrices), <i>b)</i> de promouvoir un processus de formation des salaires efficient (en fournissant des conseils et des informations sur les négociations et les conventions collectives aux partenaires sociaux) et <i>c)</i> d'établir des statistiques salariales.
Appliquer rigoureusement la garantie d'activité, y compris les sanctions auxquelles sont assujetties les entreprises en cas de non-respect. Limiter la garantie d'activité dans la durée.	L'application de la garantie est améliorée régulièrement, mais elle n'est pas encore aussi rigoureuse qu'elle devrait l'être.
Limiter sensiblement le recours aux programmes actifs du marché du travail en dehors du cadre de la garantie d'activité et faire en sorte que l'ensemble de ces programmes soit sensiblement réduit. Limiter la garantie dans la durée. Éliminer les programmes qui n'aboutissent qu'à des résultats médiocres.	Les programmes actifs du marché du travail ont été sensiblement développés. Cependant, dans le budget du printemps 2005, des ressources ont été transférées à la formation organisée dans le cadre du marché du travail et à la recherche d'emploi. La durée de versement des subventions à l'emploi sera ramenée de 24 à 18 mois, de qui permettra d'augmenter le nombre d'emplois aidés.

Bilan des réformes structurelles (suite)

Recommandations	Mesures prises depuis la précédente <i>Étude</i> (mars 2004)
Examiner les moyens d'accroître l'emploi parmi les immigrants peu qualifiés, notamment par un apprentissage de la langue, des programmes d'insertion et de recherche d'emploi et des subventions à l'emploi limitées dans la durée.	En cours.
ASSURANCE-MALADIE	
Améliorer la structure des incitations pour l'assurance maladie en élargissant la responsabilité des employeurs et des salariés.	La durée de versement des indemnités de maladie par l'employeur a été ramenée de trois à deux semaines, mais celui-ci doit prendre en charge 15 % des indemnités pendant le reste du congé de maladie. Cette participation est supprimée si le salarié est en réadaptation ou reprend un emploi à temps partiel. Pas de mesures du côté des salariés.
Plafonner la durée des prestations d'assurance-maladie et chômage.	Pas de mesures.
Dans le cas de l'assurance-maladie, accroître les pouvoirs de l'organisme national vis-à-vis des organismes locaux d'assurance et mettre davantage l'accent sur la réadaptation et la réinsertion des bénéficiaires.	Les organismes locaux d'assurance sont désormais des entités publiques et ne sont plus indépendants.
Réduire le taux effectif de remplacement de l'assurance-maladie et d'invalidité qui résulte, entre autres, de l'aide complémentaire au logement et du versement de pensions en plus des prestations.	Le taux de remplacement de l'assurance-maladie a été porté de 77,6 % à 80 %.
FISCALITÉ	
Réduire les taux marginaux d'imposition dans le cadre d'un vaste train de mesures concernant la fiscalité du revenu du travail et du capital.	La moitié de la quatrième phase du programme pluriannuel, visant à assurer la déductibilité des cotisations salariales de sécurité sociale, a été mise en œuvre. De nouveaux transferts d'écotaxes ont été opérés, se traduisant par des abattements à la base plus importants pour les revenus faibles et moyens, ainsi que par des cotisations patronales d'assurance sociale moins élevées pour contrebalancer le relèvement des écotaxes.
Relever le seuil de l'impôt national (administration centrale) sur le revenu.	Le relèvement de ce seuil a été inférieur à l'indexation normale en 2005.
Élargir la base d'imposition en rétablissant la taxe immobilière et éventuellement en relevant le niveau.	Pas de mesure.
Supprimer les impôts sur la fortune, les donations et les successions ou, au moins, en relever les seuils.	Les impôts sur les donations et les successions ont été supprimés à compter de 2005. Le seuil de l'impôt sur la fortune a été relevé.
Atténuer les effets de la double imposition des bénéfices des sociétés et des dividendes. Examiner les moyens de réduire le plus possible les distorsions que le système fiscal introduit dans l'affectation du capital. Réduire le taux de l'impôt sur les sociétés tout en élargissant la base d'imposition.	Une modification du règlement 3:12 réduit les impôts applicables aux sociétés ne faisant pas publiquement appel à l'épargne en 2004 et de nouvelles mesures sont envisagées pour 2006, l'allègement de la fiscalité s'élevant (à terme) à 1 milliard de couronnes.
Simplifier l'abattement à la base en l'uniformisant pour toutes les tranches de revenus ou en le remplaçant par un crédit d'impôt ou une tranche initiale non imposable.	Pas de mesure.
Relever le taux effectif de la TVA pour permettre des réductions plus importantes de l'impôt sur le revenu.	Pas de mesure, mais une commission sur la TVA est officiellement chargée de présenter un rapport en 2005.
Atténuer les effets négatifs exercés sur les taux marginaux effectifs d'imposition par l'aide au logement versée aux jeunes et aux familles ayant de jeunes enfants.	Pas de mesure.
CADRE BUDGÉTAIRE	
Renforcer la limitation des dépenses en faisant du plafond sur les transferts opérationnels et sur les transferts autres que les allocations une véritable contrainte budgétaire sur une période de trois ans et en établissant pour les dépenses au titre des allocations un plafond séparé, avec une marge de sécurité explicite.	Pas de mesure.

Bilan des réformes structurelles (suite)

Recommandations	Mesures prises depuis la précédente <i>Étude</i> (mars 2004)
Rééquilibrer les enveloppes budgétaires et renforcer les incitations à établir des priorités entre les différentes catégories de dépenses et à l'intérieur de chacune d'elles.	Pas de mesure.
Réduire les effets procycliques de la règle d'équilibrage du budget pour les collectivités locales en transférant une partie de leur base d'imposition sur le foncier ou en ajustant les dotations de l'État en fonction de la conjoncture.	Pas de mesure.
Renforcer la responsabilité financière des organismes d'État et leur fixer des objectifs de résultats clairs et mesurables.	Pas de mesure.
EFFICIENCE DU SECTEUR PUBLIC	
Mettre en évidence et appliquer des méthodes efficaces en termes de coûts pour améliorer la performance du système d'éducation, en particulier dans les domaines des mathématiques et des sciences.	Pas de mesure.
Chercher à réduire le nombre d'années de scolarité en augmentant le nombre d'heures consacrées à l'éducation chaque année pour le rapprocher des moyennes internationales, et en réexaminant l'équilibre entre le temps consacré à l'éducation et la garde après l'école.	Pas de mesure.
Mettre au point de meilleurs indicateurs de la performance du système scolaire à la fois pour accroître la transparence et pour mettre en évidence les facteurs influant sur les résultats.	Pas de mesure.
Faire une plus large place aux chèques enseignement et instituer un système de droits de scolarité pour l'enseignement tertiaire, en permettant aux établissements d'offrir les cursus et d'accueillir le nombre d'élèves qu'ils souhaitent, tout en encourageant les étudiants à achever leurs études plus rapidement.	Pas de mesure.
CONCURRENCE	
Renforcer les pouvoirs de l'autorité de la concurrence face aux ententes injustifiables et aux autres infractions graves au droit de la concurrence.	Pas de mesure.
Améliorer le système de clémence en infligeant de lourdes sanctions non pénales aux personnes physiques.	En décembre 2004, une commission a présenté une proposition tendant à incriminer les infractions au droit de la concurrence. Cette proposition a été diffusée pour commentaires.
Simplifier et raccourcir les procédures concernant les affaires de concurrence. Réexaminer la nécessité de soumettre les décisions de l'autorité de la concurrence à deux examens judiciaires séparés.	Une commission examine la question et doit faire rapport en juillet 2005.
Renforcer le cadre juridique régissant les activités marchandes des communes et autres institutions publiques en les assujettissant aux dispositions de la loi sur la concurrence et en permettant davantage aux concurrents de demander réparation. Rationaliser la structure de surveillance actuelle des marchés publics en chargeant un seul organisme d'infliger des sanctions, et veiller à ce que les soumissionnaires internes et externes soient traités de façon équitable. Externaliser davantage les services publics. Préciser dans les mandats de ces organismes quelles sont leurs activités essentielles et limiter leur expansion dans d'autres directions.	Pas de mesure.
Réduire la présence de l'État, en veillant notamment à séparer les monopoles naturels des activités concurrentielles.	Pas de mesure.
Poursuivre les efforts visant à diluer les pouvoirs de l'opérateur historique dans le secteur de l'électricité. Réaliser de nouveaux investissements dans les infrastructures de transport d'énergie nordiques afin de réduire les goulets d'étranglement et d'empêcher les positions dominantes.	Pas de mesure.

Bilan des réformes structurelles (suite)

Recommandations	Mesures prises depuis la précédente <i>Étude</i> (mars 2004)
Exposer toutes les activités de la compagnie ferroviaire publique de transport de passagers à la concurrence et l'obliger à respecter une véritable contrainte budgétaire sans compter sur de nouvelles injections de capitaux publics pour la renflouer.	Pas de mesure.
Autoriser les propriétaires à appliquer les loyers du marché aux logements neufs et renforcer progressivement l'incitation des communes à offrir des terrains adéquats pour la construction de logements, en instituant par exemple une taxe immobilière communale.	En septembre 2004, une commission a recommandé de modifier les règles de fixation des loyers résidentiels dans le but d'encourager la construction de logements locatifs. Son rapport a été diffusé pour commentaires et le gouvernement a l'intention de donner suite à sa proposition.
Éliminer les derniers obstacles à la mise en œuvre de la directive européenne sur les matériaux de construction et encourager les communes à faciliter la concurrence dans le secteur de la construction.	Au milieu de 2005, une commission présentera un rapport sur les dispositions législatives concernant l'aménagement de l'espace et la construction.
Modifier les procédures de zonage afin d'obliger les autorités à tenir dûment compte des avantages d'une concurrence accrue dans leurs décisions concernant l'implantation de nouvelles grandes surfaces.	Pas de mesure.
Envisager des mécanismes de réglementation différents qui permettraient une certaine concurrence dans la vente d'alcool au détail sans remettre en question le contrôle de la vente de boissons alcooliques.	Pas de mesure.
INNOVATION ET ENTREPRENEURIAT	
Renforcer les incitations à commercialiser les produits de la recherche financée sur fonds publics en partageant les droits de propriété intellectuelle entre chercheurs et institutions. Développer la structure organisationnelle et les compétences nécessaires pour commercialiser efficacement les produits de la recherche.	Une commission présentera un rapport sur la question au premier semestre de 2005.
Éliminer les restrictions quantitatives aux investissements de capital-risque des investisseurs institutionnels, y compris les fonds de pension privés.	Pas de mesure.
PROMOTION D'UNE CROISSANCE RESPECTUEUSE DE L'ENVIRONNEMENT	
Veiller à ce qu'une analyse coût-avantage rigoureuse soit systématiquement utilisée pour évaluer les actions en matière de politique d'environnement.	Pas de mesure.
Renforcer les incitations économiques en faveur de l'installation de dispositifs de réduction des émissions de NO _x sur les navires parcourant la mer Baltique en majorant les droits de passage maritime applicables aux navires qui n'en sont pas munis.	Pas de mesure.
Restructurer les taxes sur l'énergie et le carbone pour répartir également les coûts marginaux de la dépollution sur l'ensemble de l'économie tout en prenant des mesures adéquates pour tenir compte des considérations de compétitivité.	Pas de mesure.
Envisager la possibilité de mettre en place un système de plafonnement et d'échange au niveau national pour atteindre les objectifs de Kyoto. Utiliser les mécanismes de marché prévus par le Protocole de Kyoto pour atteindre les objectifs de la manière la plus efficace par rapport à son coût.	Le système d'échange de droits d'émission de l'UE a été institué en 2005.
Examiner avec soin les politiques visant à promouvoir les sources d'énergie renouvelable afin de veiller à ce qu'elles n'aillent pas trop loin et ne deviennent pas, en fait, des mesures de politique industrielle. Laisser les signaux du marché jouer un rôle plus important dans la détermination de la répartition des sources d'énergie. Inclure des clauses d'extinction dans les projets de recherche-développement.	Pas de mesure.

Bilan des réformes structurelles (suite)

Recommandations	Mesures prises depuis la précédente <i>Étude</i> (mars 2004)
Veiller à prendre intégralement en compte les inconvénients que présente, sur le plan de la concurrence, le fait d'encourager le passage du chauffage individuel au chauffage urbain.	Pas de mesure.
Asseoir les taxes sur l'énergie sur le contenu énergétique et appliquer ces taxes uniformément à tous les consommateurs d'énergie.	Le développement des écotaxes implique un réexamen du système de taxes sur l'énergie.
Examiner les avantages que présenterait l'adoption d'une comptabilité minérale et d'une taxe sur les pertes d'azote (bilans résiduels) comme incitation économique à la réduction des atteintes résultant de l'agriculture, ou l'institution d'une redevance destinée à inciter les agriculteurs à améliorer leurs performances environnementales. Exploiter les possibilités offertes par les réformes de la politique agricole commune d'orienter le soutien agricole vers les mesures qui réduiraient les externalités environnementales.	Pas de mesure.
Réexaminer la priorité accordée au recyclage en recourant à des analyses coût-avantage.	Pas de mesure.
Envisager de passer à un système de collecte des déchets fondé sur le poids. Revoir les interdictions concernant les décharges.	Mesures progressivement prises au niveau des communes.

Chapitre 2

Renforcer les finances publiques

Ce chapitre traite des perspectives d'évolution des finances publiques compte tenu des pressions liées au vieillissement démographique et de la dynamique de mondialisation. Il examine l'état des finances publiques au regard de l'objectif officiel d'un excédent de 2 %, ainsi que les conditions à respecter pour garantir la pérennité du système de protection sociale. La principale conclusion est que cette pérennité sera en grande partie assurée si l'excédent de 2 % est atteint au cours des prochaines années. Mais cela exigera un certain assainissement budgétaire, tandis que des mesures supplémentaires seront nécessaires pour que le système de protection sociale soit totalement viable. Il serait préférable de parvenir à l'amélioration nécessaire des finances publiques par une maîtrise des dépenses et par des mesures de nature à stimuler l'emploi et/ou à renforcer l'efficacité des prestations de services publics. Ce chapitre examine aussi une option qui semble facile – un relèvement des taux d'imposition – mais qui risque à terme d'être coûteuse, voire contre-productive, du fait de son incidence négative sur l'offre de main-d'œuvre.

La situation des finances publiques suédoises est bonne comparée à celle de la plupart des autres pays de l'OCDE. Les administrations publiques affichent un excédent et leur solde financier est positif. La principale difficulté à surmonter est donc à venir, lorsque le vieillissement démographique entraînera une hausse sensible des dépenses publiques. La Suède est déjà bien préparée par comparaison avec beaucoup d'autres pays de l'OCDE grâce à la réforme de 1998 du système de retraite, en vertu de laquelle les augmentations futures des prestations de vieillesse seront principalement financées grâce à l'accumulation d'actifs au cours des vingt prochaines années. Par conséquent, les questions qui se posent, en termes de dépenses publiques liées au vieillissement, concernent essentiellement l'augmentation de la demande de soins de santé et de prise en charge des personnes âgées. Des contraintes s'exercent également sur les finances publiques au chapitre des recettes. L'assiette de l'impôt sur le revenu est soumise à des pressions internes, dans la mesure où la lourdeur des prélèvements fiscaux sur les revenus pèse sur l'offre de main-d'œuvre et encourage les individus à travailler dans « l'économie informelle ». Le renforcement de l'intégration dans l'Union européenne (UE) et, plus généralement, la mondialisation rendent encore plus difficiles le maintien de taux d'imposition élevés.

C'est principalement pour se préparer aux pressions démographiques en réduisant la dette que les autorités se sont fixé en 1997 l'objectif d'un excédent des administrations publiques de 2 % du produit intérieur brut (PIB) en moyenne au cours du cycle économique. Si le gouvernement reconnaît l'importance de la réalisation de cet objectif, les suites données à cette initiative n'ont pas été à la hauteur des espérances. En fait, la politique budgétaire de ces dernières années a été davantage axée sur la gestion du cycle économique à court terme, et sur l'annulation de certaines des hausses d'impôts et des réductions de dépenses qui avaient eu lieu au cours de la phase d'assainissement budgétaire des années 90. De ce fait, d'après les prévisions actuelles, l'excédent budgétaire restera probablement très en deçà de l'objectif visé. Maintenant que la situation conjoncturelle s'améliore, remettre les finances publiques sur la voie de la viabilité devrait être la priorité essentielle de la politique budgétaire.

Un renforcement des finances publiques s'impose pour assurer la pérennité de l'État providence

Le vieillissement de la population entraînera une nette dégradation des finances publiques sur le long terme. Il s'agit là d'une conséquence naturelle d'un modèle social dans lequel un vaste éventail de dispositifs publics de garantie de ressources, l'enseignement, les soins de santé et la prise en charge des personnes âgées sont financés en grande partie par l'impôt, alors que les redevances d'utilisation sont très réduites. Dans la mesure où le nombre de personnes finançant ces prestations se réduira tandis que le nombre de bénéficiaires augmentera, un déficit de financement va apparaître progressivement. Quant à l'ampleur exacte que prendra ce déficit au bout du compte, elle reste très incertaine. Tout calcul axé sur une échéance future lointaine dépend

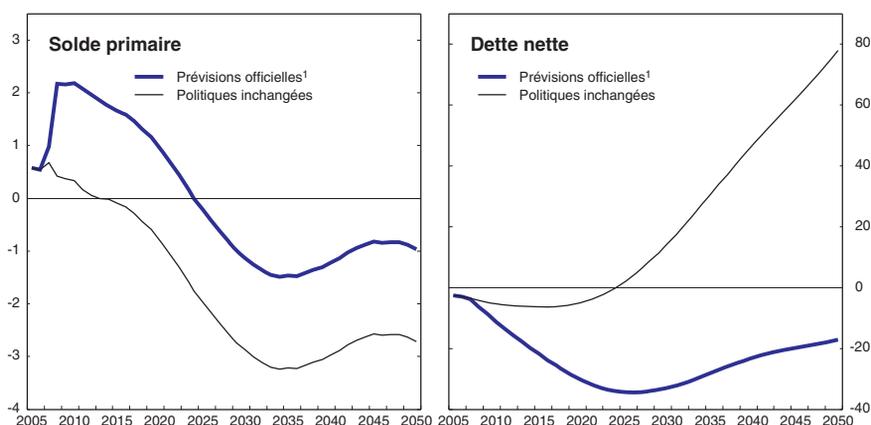
naturellement dans une large mesure des hypothèses sur lesquelles il repose. Ainsi, les prévisions démographiques sont particulièrement sensibles à l'immigration nette, qui est très fluctuante en Suède. L'évolution de la longévité peut également avoir des effets considérables, les personnes âgées étant les principaux bénéficiaires des services sociaux fournis par l'État. En l'occurrence, l'incidence d'un accroissement de la longévité variera selon qu'il correspond à un allongement de la durée de vie en bonne santé, ou à des avancées médicales permettant de maintenir les personnes en vie malgré des problèmes de santé graves et coûteux. L'évolution du comportement du marché du travail est également entourée d'incertitudes. Ainsi, est-il raisonnable de tabler sur une poursuite de la baisse tendancielle des taux d'activité et du nombre annuel d'heures travaillées par personne occupée? On peut également se demander si les prévisions devraient intégrer une amélioration de la qualité des services, qui sera probablement exigée dans un contexte d'augmentation des revenus réels des ménages résultant de gains de productivité.

Le scénario de référence retenu correspond à une hypothèse de « politiques inchangées », sur la base de laquelle est extrapolée l'évolution du comportement actuel du marché du travail et des normes en vigueur dans le système de protection sociale. D'après ce scénario, les dépenses publiques primaires devraient augmenter de 4½ points de PIB entre 2005 et 2050. La hausse des dépenses de santé et de prise en charge des personnes âgées explique l'essentiel de cette augmentation. Le gonflement des dépenses est compensé en partie par une hausse des recettes fiscales, dans la mesure où les bases d'imposition augmenteront elles aussi proportionnellement au PIB, les pensions versées alimentant des dépenses de consommation. Malgré tout, l'excédent primaire des administrations publiques devrait baisser de 3¼ points de PIB au cours des quatre prochaines décennies environ, entraînant un alourdissement sensible de la dette nette (voir le graphique 2.1).

Le gouvernement a retenu un autre scénario, fondé sur plusieurs hypothèses favorables concernant le comportement du marché du travail et les recettes fiscales. Ce scénario n'est pas à proprement parler une prévision, mais vise à montrer ce qu'il faudrait

Graphique 2.1. Le vieillissement démographique pèsera sur les finances publiques

Administrations publiques, en pourcentage du PIB



1. Les prévisions officielles ont été présentées dans le Programme de convergence de 2004 soumis à l'UE.

Source : Ministère des Finances ; calculs de l'OCDE.

faire pour consolider les finances publiques avant que de fortes pressions ne commencent à s'exercer sur les dépenses. *Premièrement*, il part de l'hypothèse que le solde primaire s'améliore sensiblement à partir de 2008, si bien que l'objectif de 2 % est constamment respecté jusqu'en 2015. *Deuxièmement*, il table sur une amélioration progressive de l'intégration des immigrants dans le marché du travail¹. *Troisièmement*, il anticipe une amélioration structurelle de la situation des finances publiques représentant ¼ point de PIB en 2007, étant donné que le financement de divers programmes de dépenses inscrits au budget des administrations publiques n'est que temporaire, et qu'il est supposé qu'ils ne seront pas prolongés. Globalement, ces trois hypothèses se traduisent par un gonflement du solde primaire des administrations publiques de l'ordre de 1¾ points de PIB par rapport au scénario de « politiques inchangées » décrit plus haut (voir le graphique 2.1). Cela permet un redressement progressif de la situation nette courante, de sorte que les intérêts nets reçus peuvent couvrir la plus grande partie des déficits primaires dans l'avenir. En conséquence, les administrations publiques conservent une position nette assez largement créditrice jusqu'au milieu du siècle.

En vertu du scénario de « politiques inchangées », le profil d'évolution des finances publiques n'est pas viable en ce sens que le ratio d'endettement augmente fortement au fil du temps. Plus précisément, il implique que l'État ne respecte pas aujourd'hui la contrainte budgétaire inter-temporelle (selon laquelle la dette nette actuelle ne peut excéder la valeur actualisée des futurs excédents primaires). L'écart budgétaire – c'est-à-dire l'amélioration des finances publiques nécessaire pour que la contrainte budgétaire inter-temporelle soit respectée – est estimé à 2¼ pour cent du PIB (tableau 2.1). Les administrations publiques devraient par conséquent afficher un excédent de l'ordre de 3 % du PIB cette année pour être sur cette trajectoire viable. Ce type de calcul est un moyen un peu mécanique et simpliste de déterminer l'orientation à donner à la politique budgétaire, mais il permet d'aboutir à des conclusions claires. *Premièrement*, une amélioration sensible des finances publiques s'impose. Le gouvernement doit au moins atteindre son objectif d'un excédent

Tableau 2.1. **L'écart budgétaire est considérable**¹

	Pourcentage du PIB
Scénario de « politiques inchangées »	-2.2
– effet d'un relèvement des taux d'imposition en 2008-15	1.2
– effet de réductions automatiques des dépenses en 2007	0.3
– effet d'une amélioration de l'intégration des immigrants sur le marché du travail	0.2
Scénario officiel	-0.5
Scénario de « politiques inchangées », sans que l'augmentation de la longévité se traduise par davantage d'années en bonne santé ²	-2.9
Scénario de « politiques inchangées », avec une consommation publique qui s'accroît de ½ point de plus par an	-5.9

Note : Ces calculs sont fondés sur les prévisions à long terme présentées dans le ministère des Finances (2004), *Update of Sweden's Convergence Programme*, novembre. Certains ajustements à la marge ont été effectués afin de créer un scénario de « politiques inchangées ». En outre, deux variantes de ce scénario ont été calculées afin d'illustrer la sensibilité de l'estimation de l'écart budgétaire en ce qui concerne les hypothèses de croissance des dépenses.

1. L'écart budgétaire indique dans quelle mesure les finances publiques s'écartent de la viabilité budgétaire. Un chiffre négatif signifie qu'une amélioration permanente de la capacité de financement des administrations publiques, dans les proportions indiquées, est nécessaire par rapport à la valeur prévue de ¾ pour cent du PIB en 2005.
2. On suppose que l'augmentation de la longévité ne reporte pas simplement à un âge plus tardif la demande de soins aux personnes âgées.

Source : Calculs de l'OCDE.

de 2 %, et non le chiffre de ¾ pour cent du PIB prévu à l'horizon d'un ou deux ans. *Deuxièmement*, il doit peser les inconvénients de tout report des mesures d'assainissement budgétaire : plus il attendra et plus la barre sera haute. Les dix prochaines années sont l'occasion ou jamais d'agir avant que la génération issue du baby-boom parte en retraite; il sera sans doute plus facile d'améliorer les finances publiques pendant que cette cohorte sera encore en activité. Se pose également une question d'équité entre générations, puisque tout retard substantiel de l'assainissement budgétaire fera peser une charge plus lourde sur les générations futures. Par conséquent, la présente *Étude* réitère le message formulé dans les deux précédentes : l'objectif d'un excédent de 2 % doit être atteint dès que possible. Enfin, la possibilité que même un excédent de 2 % ne soit pas suffisamment ambitieux pour assurer la viabilité totale des finances publique, au sens technique, oblige à prendre parallèlement des mesures pour accroître encore l'offre de main-d'œuvre et améliorer l'efficacité du secteur public. Plus on avancera dans ces domaines, moins probable sera la nécessité de réduire à la marge le niveau des services publics à l'avenir.

La modification d'hypothèses clés influe sur l'estimation de l'écart budgétaire mais ne le fera probablement pas disparaître

Bien que les estimations de l'écart budgétaire puissent être sensibles à des modifications des hypothèses sous-jacentes, la conclusion globale – à savoir la nécessité de renforcer les finances publiques pour assurer la pérennité de l'État providence – est relativement solide. Ainsi, un des paramètres fondamentaux pris en compte dans l'estimation de l'écart budgétaire est le taux d'intérêt nominal (des obligations d'État) utilisé pour calculer la valeur actualisée des futurs excédents primaires. La valeur retenue pour ce taux est de 5¼ pour cent² dans les calculs présentés dans le tableau 2.1; si l'on réduit ce taux de 1 point de pourcentage, l'écart budgétaire se creuse de 0.4 point de PIB, et inversement.

Un certain nombre d'autres hypothèses tirent le scénario dans des directions opposées. Dans les prévisions, la moitié de l'augmentation de la longévité correspond à des années supplémentaires de vie en bonne santé, si bien que la demande de prise en charge des personnes âgées est reportée en partie à des périodes ultérieures de leur existence. Cela atténue naturellement les pressions exercées sur les dépenses publiques. En revanche, dans l'hypothèse où l'augmentation de la longévité ne déboucherait pas sur un allongement de la durée de vie en bonne santé, l'écart budgétaire serait proche de 3 % du PIB dans le scénario de « politiques inchangées » (voir le tableau 2.1). Par ailleurs, le nombre annuel d'heures travaillées par personne occupée devrait diminuer de 0.2 % par an tout au long de la période considérée, les ménages engrangeant sous forme de temps libre supplémentaire une partie des gains de bien-être liés à la croissance des revenus. Cela entraîne une baisse substantielle des recettes fiscales à long terme et un accroissement de l'écart budgétaire par rapport au scénario dans lequel le nombre d'heures travaillées par personne occupée demeure identique³.

L'expansion de la demande de services publics pourrait bien s'accélérer

Pour l'heure, les prévisions reposent sur l'hypothèse d'une qualité inchangée de service public. Cela implique que le nombre d'heures de service par personne âgée dans le secteur des soins et le taux de participation de chaque cohorte restent identiques. Or il s'agit là d'une hypothèse optimiste compte tenu des tendances passées (voir le chapitre 1), qui risque d'entraîner une sous-estimation des pressions réelles qui s'exerceront à l'avenir

sur les finances publiques. D'après les prévisions, la consommation privée par habitant augmente de 2 % par an, tandis que la consommation publique reste constante en termes réels, compte tenu de l'hypothèse de l'absence de gains de productivité dans la production de services sociaux. Une telle stagnation ne contentera vraisemblablement pas une population qui ne cesse de s'enrichir. Si le volume de consommation de ces services financé par l'impôt devait augmenter parallèlement à celui des biens produits par le secteur privé, les dépenses de services publics enregistreraient une hausse beaucoup plus rapide. L'impact potentiel d'une telle évolution sur la viabilité des finances publiques est considérable : dans l'hypothèse où la croissance de la consommation publique s'accélérerait seulement de ½ point de pourcentage par an dans le scénario de « politiques inchangées », l'écart budgétaire se hisserait à près de 6 % du PIB.

L'assouplissement de la politique budgétaire a nui à la viabilité des finances publiques

Bien que la Suède fasse partie de la minorité de pays de l'OCDE où la capacité de financement des administrations publiques est toujours positive, ces cinq dernières années ont été marquées par une nette dégradation de la situation budgétaire, faisant tomber l'excédent largement en dessous de l'objectif de 2 %. Après un excédent impressionnant (quoique ponctuel) de 5 % du PIB en 2000, le solde budgétaire est redevenu légèrement déficitaire en 2002 et 2003, avant de rebondir en territoire positif l'année dernière (tableau 2.2). Si les fluctuations conjoncturelles et l'augmentation des coûts d'assurance maladie expliquent en grande partie cette évolution, la diminution de l'excédent tient pour une large part aux réductions d'impôts, à la revalorisation des prestations et à l'amélioration de la qualité de la protection sociale. L'essentiel de cet assouplissement budgétaire est imputable à l'administration centrale, dont il faut néanmoins souligner que les dépenses ont en partie été destinées à combler les déficits de financement des collectivités locales. Au cours de la période de six ans qui s'est achevée en 2004, les décisions budgétaires discrétionnaires de l'administration centrale ont contribué à amputer le solde budgétaire des administrations publiques de plus de 1 point de PIB par an en moyenne. Cette variation est d'une ampleur similaire à celle des mesures d'assainissement adoptées au cours de la période 1995-98. Des augmentations de

Tableau 2.2. **Des mesures budgétaires discrétionnaires ont contribué à la dégradation du solde budgétaire**

	Pourcentage du PIB									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ¹	2006 ¹	
Capacité de financement des administrations publiques	1.9	2.3	5.0	2.6	-0.5	-0.1	1.1	0.8	0.8	
<i>Dont :</i>										
Administration centrale	0.5	4.2	2.6	7.4	-1.9	-1.7	-0.8	-	-	
Collectivités territoriales	0.2	0.1	0.2	-0.2	-0.5	-0.3	0.1	-	-	
Système de retraite	1.3	-2.0	2.2	-4.6	1.9	1.9	1.9	-	-	
Mesures budgétaires discrétionnaires prises par l'administration centrale ²	0.2	-0.9	-1.1	-1.7	-1.8	-0.5	-0.4	-1.2	-0.3	

Note : D'importants transferts au profit de l'administration centrale ont transformé la capacité de financement du système de retraite en besoin de financement en 1999 et 2001.

1. Prévisions de l'OCDE.

2. Contribution aux variations de la capacité de financement; estimations du ministère des Finances.

Source : Statistics Sweden; ministère des Finances; base de données des Perspectives économiques de l'OCDE, n° 77.

dépenses au niveau local ont également contribué à réduire la capacité de financement des administrations publiques de 2000 à 2002, alors que les hausses d'impôts et réductions de dépenses intervenues ultérieurement – tandis que les collectivités locales s'efforçaient de respecter la règle d'équilibre budgétaire – ont concouru à consolider les finances des administrations publiques au cours des deux dernières années.

L'assouplissement intervenu au niveau de l'administration centrale s'explique en partie par des mesures destinées à stimuler l'offre de main-d'œuvre – en réduisant les taux marginaux d'imposition – et par la volonté de ramener le niveau de protection sociale à ce qu'il était avant les coupes des années 90. À la suite du ralentissement de 2001-02, l'objectif d'une stabilisation à court terme a également joué un rôle non négligeable dans cet assouplissement, alors que les puissants stabilisateurs automatiques du pays (Girouard et André, 2005) auraient déjà produit l'essentiel des effets recherchés. « L'aide temporaire à l'emploi » versée à la collectivité locale (des recettes fiscales transférées par l'administration centrale depuis 2002) constitue un exemple de ce type de mesures. Elle a permis aux comtés et aux communes de stabiliser, voire de renforcer l'emploi à une période où la diminution des recettes fiscales (en pourcentage du PIB) aurait limité leurs dépenses en l'absence de ce transfert. Le budget 2005 prévoyait des mesures similaires à des fins de stabilisation, notamment une prolongation de « l'aide temporaire à l'emploi » en 2005 et 2006 et son accroissement de $\frac{1}{4}$ point de PIB environ chacune de ces deux années. En règle générale, les mesures discrétionnaires anticycliques sont à éviter, en particulier dans un pays où les stabilisateurs automatiques sont aussi efficaces. Si de telles mesures sont néanmoins adoptées, l'effet de stabilisation temporaire recherché ne doit pas être produit par le biais de mécanismes de dépenses permanentes (tels que des financements destinés à assurer un renforcement de l'emploi ou de la qualité des services au niveau des collectivités locales).

Le budget 2005 a également introduit de nouveaux allègements d'impôts représentant 0.3 point de PIB (notamment de nouveaux crédits d'impôts au titre des cotisations de retraite, l'abolition des impôts sur les successions et les donations, et le relèvement du seuil d'application de l'impôt sur la fortune). Ces allègements devraient éliminer certaines distorsions dans l'économie et vont dans le sens de précédentes recommandations de l'OCDE, mais le moment choisi pour leur entrée en vigueur n'était pas idéal et les marges de manœuvre budgétaires nécessaires à des baisses d'impôts sans *ressources financières supplémentaires* faisaient défaut : pour que l'objectif d'un excédent de 2 % du PIB soit atteint, ces allègements fiscaux doivent être compensés par des coupes dans des dépenses non prioritaires. Globalement, on estime que les mesures du budget 2005 devraient entraîner une dégradation des finances de l'administration centrale de l'ordre de $\frac{3}{4}$ à 1 point de PIB sur la période 2005-07, de sorte que le déficit budgétaire devrait s'établir aux alentours de $\frac{3}{4}$ pour cent du PIB. Cela laisse à penser que la politique budgétaire reste trop axée sur des questions de court terme, alors que la croissance se redresse et qu'elle est probablement suffisante pour entraîner une amélioration de la situation du marché du travail.

Le cadre budgétaire est mis à rude épreuve

L'évolution récente des finances publiques met en évidence les pressions croissantes qui s'exercent sur le cadre budgétaire de la Suède. Celui-ci a été mis en place à la suite de la crise budgétaire du début des années 90 et se compose de trois piliers : des plafonds nominaux pluriannuels limitant les dépenses de l'administration centrale (depuis 1997), la règle d'équilibre budgétaire imposée aux collectivités locales (depuis 2000), et l'objectif

d'un excédent des administrations publiques représentant 2 % du PIB (depuis 1997). Ces règles ont indéniablement contribué à faire de la Suède un des pays de l'OCDE aux finances publiques les plus enviables. Néanmoins, si le respect de ces règles a été facilité par une conjoncture favorable jusqu'en 2000, le fléchissement ultérieur de l'activité économique a mis en évidence certaines faiblesses. Le principal problème est que ce cadre n'a pas incité les pouvoirs publics à adopter une politique adéquate de maîtrise des dépenses pendant les périodes favorables, phénomène que l'on a pu observer dans bien d'autres pays de l'OCDE à la fin des années 90.

Les plafonds de dépenses de l'administration centrale ont donné des résultats assez satisfaisants en termes de contrôle des dépenses. Ils n'ont pas encore été franchis, tout au moins dans un sens technique, car l'engagement politique en faveur du respect de cet objectif reste fort. Néanmoins, les marges budgétaires correspondant à l'écart entre plafond et niveau des dépenses n'ont cessé de se réduire. En principe, ces marges devraient permettre de faire face à des dépenses inattendues et de laisser jouer les stabilisateurs automatiques. En réalité, elles ont été dans une large mesure utilisées pour financer des dépenses discrétionnaires. Les marges budgétaires initialement fixées entre ¼ et 1 % du PIB trois ans à l'avance se réduisent généralement à néant à l'échéance (voir le tableau 2.3). En outre, le respect des objectifs a été assuré au moyen de dépenses fiscales de types divers (voir l'Étude précédente). La loi de finances de 2005 ne prévoit de nouveau quasiment aucune marge budgétaire entre le niveau et le plafond des dépenses (pour 2007, le budget ne fournit qu'un plafond indicatif, car le gouvernement attend de disposer d'estimations plus solides du PIB potentiel pour déterminer ce seuil, qui devrait être fixé dans la loi de

Tableau 2.3. Les marges budgétaires entre le plafond et le niveau des dépenses n'ont cessé de se réduire et les dépenses fiscales ont augmenté

	Pourcentage du PIB										
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ¹	2006 ¹	2007 ¹
Plafond de dépenses ¹	36.2	34.3	33.8	32.8	32.9	32.9	32.9	32.9	32.7	32.4	32.2
Niveau effectif des dépenses ¹	34.9	34.2	33.8	32.6	32.7	32.8	32.8	32.8	32.6	32.4	31.9
Marge <i>ex post</i>	1.3	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0	0.1	0.4
Dépenses fiscales hors plafonds ²	-	-	-	-	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.4	0.1
Marges pour dépenses inattendues dans la loi de finances de :											
1999	1.3	0.1	0.2	0.3	0.9						
2000		0.1	0.0	0.1	0.2	1.0					
2001			0.1	0.0	0.1	0.4	0.7				
2002					0.1	0.1	0.3				
2003						0.0	0.0	0.0	-		
2004						0.0	0.0	0.0	0.5	1.0	
2005							0.1	0.0	0.0	0.1	0.33

1. Pour des raisons de comparabilité entre années, les plafonds de dépenses sont harmonisés afin de tenir compte d'ajustements techniques. Le niveau effectif des dépenses et les dépenses fiscales hors plafonds sont estimés par le ministère des Finances.
2. Il s'agit des dépenses fiscales qui peuvent se substituer facilement à des dépenses ordinaires (financement par provisionnement des comptes fiscaux des entités concernées). Les dépenses fiscales totales représentent environ 8 % du PIB.
3. Niveau indicatif ne correspondant pas à un plafond proposé (loi de finances de 2005).

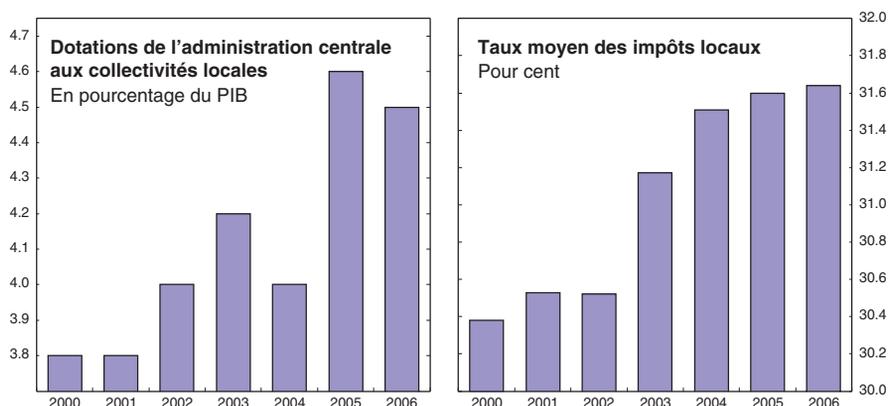
Source : Fischer, Jonas (2005), « Swedish Budget Rules: Praise from Brussels, Pressure at Home », ECFIN Country Focus, vol. 2, n° 4; ministère des Finances; calculs de l'OCDE.

finances de 2006). Il n'existe aucune règle formelle concernant la détermination des plafonds de dépenses, mais le gouvernement vise implicitement un pourcentage constant du PIB potentiel depuis 2000. Or cet objectif n'est pas tout à fait assez ambitieux pour permettre aux administrations publiques d'afficher un excédent de 2 % du PIB.

La règle d'équilibre budgétaire imposée aux collectivités locales n'a pas permis non plus de juguler suffisamment la hausse des dépenses. En vertu de cette règle, tout déficit doit être compensé par un excédent au cours des deux années suivantes (trois à compter de 2005). Toutefois, il n'existe aucune règle concernant les économies réalisées sur les dépenses ou les recettes exceptionnelles engrangées en période de reprise conjoncturelle. En conséquence, les collectivités locales ont accru leurs dépenses aux alentours de l'an 2000, sur fond de forte expansion économique. Lorsque la conjoncture s'est retournée, elles ont décidé de réduire leurs dépenses ou d'accroître la pression fiscale. La hausse des impôts a constitué le choix le plus fréquent, même si certaines collectivités locales ont également procédé à des coupes substantielles dans leurs dépenses au cours des deux dernières années. Le comportement procyclique induit par ce système a également été favorisé par la sensibilité à la conjoncture de la seule base d'imposition des collectivités locales, à savoir les revenus des ménages. Il se peut que la maîtrise des dépenses en période favorable soit aussi rendue difficile par le fait que les collectivités locales savent que l'administration centrale leur viendra en aide si la qualité de service risque d'être remise en cause au niveau local. De fait, pour éviter de nouvelles augmentations d'impôts ou baisses de qualité des services locaux, le gouvernement a sensiblement revu à la hausse ses dotations budgétaires aux comtés et aux communes pour les deux années à venir (voir le graphique 2.2). Cela a permis d'améliorer les perspectives financières des collectivités locales par rapport à la précédente *Étude*, quoique au détriment de la situation budgétaire de l'administration centrale.

C'est l'objectif d'un excédent de 2 % du PIB qui a dû céder du terrain lorsque la propension à dépenser s'est heurtée au retournement de la conjoncture. La principale

Graphique 2.2. La hausse des dotations de l'administration centrale pourrait freiner les augmentations d'impôts des collectivités locales cette année et la suivante



Note : Les dotations de l'administration centrale ne comprennent pas la TVA et sont corrigées des ajustements liés aux modifications apportées par l'administration centrale à la réglementation.

Source : Ministère des Finances ; Statistics Sweden, www.scb.se ; Landstingsförbundet/Svenska Kommunförbundet (2004), *Kommunernas och landstingens ekonomiska läge*, novembre 2004, Stockholm.

raison d'être de cet objectif est de permettre une réduction sensible de la dette publique – dans l'optique des futures pressions sur les dépenses liées au vieillissement démographique – et de dégager les marges de manœuvre nécessaires pour que les stabilisateurs automatiques puissent jouer et pour que puisse être menée une politique budgétaire discrétionnaire anticyclique. Afin de faire la part des écarts à court terme, les autorités appliquent l'objectif « au cours du cycle économique ». Ce mécanisme devrait offrir une souplesse suffisante pour empêcher les ajustements procycliques des finances publiques, mais il laisse aussi la porte ouverte à des interprétations diverses de ce que constitue un « cycle économique », et de l'ampleur acceptable des mesures discrétionnaires. Si l'on utilise comme référence l'excédent moyen sur la période 2000-06, que l'on se fonde sur les prévisions de l'OCDE, du ministère des Finances ou de l'Institut national de recherche économique pour 2005-06, le gouvernement s'écarte de l'objectif visé d'environ point de PIB (voir le tableau 2.4). Une autre possibilité pour déterminer si cette règle budgétaire est respectée consiste à examiner l'excédent structurel. Son estimation dépend naturellement des méthodes retenues, en particulier pour calculer l'écart de production. Il peut notamment s'avérer difficile d'appréhender d'amples fluctuations des recettes d'impôts sur le capital et sur les sociétés. Il n'en reste pas moins que l'écart par rapport à l'objectif est encore plus important si l'on considère les estimations d'excédent structurel pour cette année et la suivante.

L'objectif d'excédent n'est pas fixé pour une période donnée, ni lié à un objectif d'endettement devant être atteint à une échéance future. Toutefois, comme indiqué précédemment, les prévisions à long terme du gouvernement reposent sur l'hypothèse que le seuil de 2 % sera respecté jusqu'en 2015. Au cours de cette période, il est prévu que l'excédent du système de retraite baisse progressivement de 2 % à 1 % du PIB. Dans la mesure où la règle d'équilibre budgétaire devrait garantir le maintien de la capacité de financement des collectivités locales à un niveau proche de zéro, cela implique que la situation financière de l'administration centrale doit s'améliorer de 2½ points de PIB d'ici 2015 (voir le graphique 2.3).

Ce cadre fonctionne relativement bien par comparaison avec les autres pays et avec le passé, mais certaines modifications pourraient en faire un outil plus utile de maîtrise des

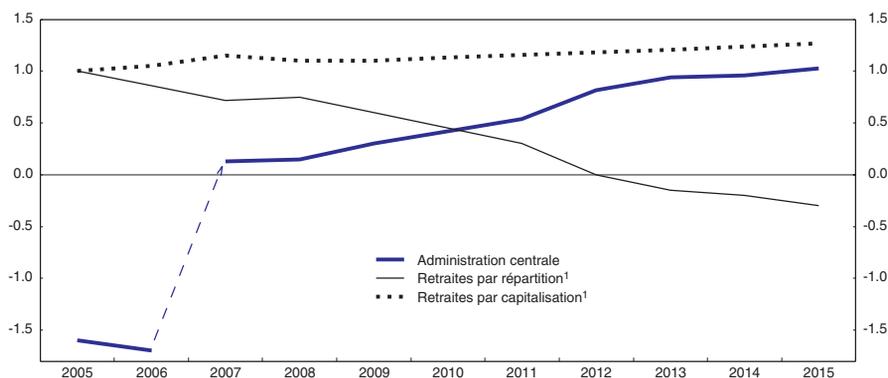
Tableau 2.4. **La situation financière des administrations publiques n'est pas conforme à l'objectif d'excédent**

	Pourcentage du PIB							Moyenne	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2000-06	2001-06
Capacité de financement des administrations publiques									
OCDE	5.0	2.6	-0.5	-0.1	1.1	0.8	0.8	1.4	0.8
Ministère des Finances	5.0	2.6	-0.5	-0.1	1.1	0.7	0.6	1.3	0.7
Institut national de recherche économique	5.0	2.6	-0.5	-0.1	1.1	0.3	0.4	1.3	0.6
Capacité de financement des administrations publiques corrigée des fluctuations conjoncturelles									
OCDE	3.9	2.6	0.0	1.0	1.9	1.2	0.6	1.6	1.2
Ministère des Finances	3.9	2.9	0.2	0.8	1.8	0.9	0.7	1.6	1.2
Institut national de recherche économique	3.5	2.6	0.0	0.4	1.8	0.9	0.6	1.4	1.1

Source : Ministère des Finances; Institut national de recherche économique (2005), *The Swedish Economy* – mars 2005, Stockholm; base de données des Perspectives économiques de l'OCDE, n° 77.

Graphique 2.3. La réalisation de l'objectif d'excédent de 2 % exigera une amélioration sensible de la situation financière de l'administration centrale

Capacité de financement des entités centrales en pourcentage du PIB



Note : Les collectivités locales sont censées observer la règle d'équilibre budgétaire.

1. Le système public de retraite comprend deux piliers : un régime capitalisé et un régime par répartition.

Source : Ministère des Finances ; OCDE.

finances publiques. Un certain nombre d'améliorations possibles ont été examinées en détail dans le chapitre spécial de l'Étude de 2002 consacré aux dépenses publiques. Les options suivantes pourraient être envisagées :

- **Plafonds de dépenses de l'administration centrale** : En premier lieu, les autorités ne devraient pas recourir à des dépenses fiscales pour contourner la règle du plafonnement. En second lieu, un lien formel devrait être établi entre les plafonds et l'objectif d'excédent, afin qu'il soit possible de vérifier directement si les premiers sont suffisamment ambitieux pour permettre d'atteindre le second. Enfin, une marge spécifiquement conjoncturelle pourrait être instituée, comme l'envisage le gouvernement. Pour être efficace, il faudrait que celle-ci soit subordonnée à un dispositif de verrouillage excluant toute modification des dépenses non liée au cycle économique. Une autre option, plus complexe, destinée à obtenir un résultat analogue, consisterait à fixer un plafond distinct pour les dépenses de fonctionnement et les transferts ne correspondant pas à des droits à prestations, et un autre pour les dépenses correspondant à des droits à prestations, qui intégrerait une marge de sécurité adéquate permettant de faire face aux fluctuations conjoncturelles – sachant que cette marge ne pourrait être réaffectée à des dépenses ne correspondant pas à des droits à prestations.
- **Finances des collectivités locales** : Il serait souhaitable de réviser la règle d'équilibre budgétaire en retenant comme base d'imposition des collectivités locales la moyenne des revenus imposables sur un certain nombre d'années (voir le chapitre 5). Un tel mode de calcul permettrait de limiter le gonflement des dépenses lorsqu'une année se caractérise par un montant de recettes exceptionnellement élevé. Les risques d'effets procycliques pourraient également être atténués grâce à des ajustements anticycliques des dotations budgétaires de l'administration centrale. Une autre option consisterait à donner accès aux collectivités locales à des bases d'imposition plus stables, telles que les biens immobiliers.
- **Objectif d'excédent** : L'objectif d'excédent pourrait être complété par un objectif d'endettement, de manière à réduire les risques de dérapage d'une année sur l'autre.

Une autre possibilité serait de définir cet objectif sur la base de la capacité de financement corrigée des influences conjoncturelles, encore que ce type d'objectif soulève lui aussi certains problèmes (Joumard et al., 2004), et pour la seule administration centrale, puisque les collectivités locales sont déjà tenues d'équilibrer leur budget et que le système de retraite est totalement autonome.

Dans quelle mesure la constitution d'une épargne préalable constitue-t-elle une stratégie adaptée?

Le respect de l'objectif d'un excédent de 2 % permettrait en grande partie d'assurer la viabilité des finances publiques. Cela étant, le gouvernement devrait déterminer dans quelle mesure la constitution d'une épargne préalable constitue une stratégie adaptée pour faire face aux pressions engendrées par le vieillissement démographique et par la demande de services publics de meilleure qualité. S'il est prudent de conserver des excédents et de réduire la dette publique avant que les pressions du vieillissement ne commencent à s'accroître, la nature permanente des changements démographiques en Suède laisse à penser qu'il conviendrait également de prendre des mesures pour réduire les futures pressions exercées sur les dépenses et assurer une répartition raisonnable de la charge fiscale entre générations. La réforme du système de retraite a déjà rendu les finances publiques plus résistantes à l'évolution de la situation démographique, et garantit dans une large mesure l'équité entre générations (voir l'Étude précédente).

On l'a vu, les problèmes de dépenses publiques liés au vieillissement de la population concernent essentiellement les soins de santé et la prise en charge des personnes âgées. Sur ce plan, le gouvernement devrait s'attacher à renforcer le lien entre les cotisations versées par les générations et les individus pendant leur existence avec les prestations qu'ils reçoivent du système de protection sociale. S'il se concentre uniquement sur la constitution d'une épargne préalable avant la montée des pressions liées au vieillissement démographique, de manière à ce que le rendement de l'actif net puisse couvrir les hausses futures des dépenses de santé et de prise en charge des personnes âgées, les générations actuelles risquent d'épargner finalement plus que ne le justifieraient des considérations d'équité entre générations. Il ne serait sans doute pas raisonnable de faire financer par les générations d'aujourd'hui les augmentations de dépenses résultant de l'allongement de la durée de vie des générations futures ou de la demande de services de meilleure qualité qu'aujourd'hui. En revanche, il serait naturellement souhaitable qu'elles contribuent au financement de leur propre demande actuelle et future de services publics, y compris des améliorations attendues de la qualité de ces services. Cela vaut en particulier pour les soins de santé, domaine dans lequel il sera pratiquement impossible de refuser des soins aux individus ou de leur imposer une charge financière supérieure à une redevance symbolique pour service rendu. D'autres possibilités de financement futur de la prise en charge des personnes âgées et des soins de santé sont examinées au chapitre 5.

Quels sont les instruments disponibles pour améliorer la situation des finances publiques?

Quelles mesures peuvent donc être prises pour contenir les pressions qui s'exerceront sur les finances publiques dans l'avenir? En bref, les Suédois doivent choisir une des options suivantes, ou les combiner d'une manière ou d'une autre : travailler davantage, payer plus d'impôts, améliorer l'efficacité des services financés sur fonds publics, ou réduire l'ampleur de l'État providence. La population étant fortement attachée au système

de protection sociale, il est peu probable qu'elle accepte comme option prioritaire des ajustements significatifs des services publics et des mécanismes d'assurance sociale. Il s'agit là de la solution de dernier recours, réservée aux crises comme celle du début des années 90. La possibilité d'accentuer la pression fiscale a été débattue récemment, mais la question est de savoir si une telle stratégie serait rationnelle pour l'avenir. Renforcer l'efficacité des services financés sur fonds publics est une option attrayante, mais il sera difficile d'y parvenir sans réexaminer ce qui devrait être fourni par le secteur public lui-même, et s'orienter peut-être vers des unités de plus grande taille aux niveaux inférieurs d'administration. Amener les individus à travailler davantage constitue clairement une priorité, mais ce n'est pas chose aisée compte tenu des désincitations inhérentes aux systèmes de prélèvements et de prestations.

Une augmentation des impôts pourrait être coûteuse, voire inefficace sur le long terme

Tous les prélèvements fiscaux ont un coût, dans la mesure où ils exercent un effet de distorsion sur le comportement des ménages et des entreprises, ce qui se traduit par une perte d'efficacité. Concrètement, une des distorsions les plus importantes tient à l'impact qu'a sur l'offre de main-d'œuvre l'écart introduit entre le coût du travail pour l'employeur et le revenu après impôt perçu par le salarié. Tant le taux moyen que le taux marginal d'imposition influent sur l'offre de main-d'œuvre. Pour simplifier quelque peu, le taux moyen détermine en partie le choix d'un individu d'exercer ou non une activité (voire d'émigrer), tandis que le taux marginal influe sur le nombre moyen d'heures travaillées. Toute la question est de savoir quelle est l'ampleur effective de ces distorsions. Le concept de coût marginal des fonds publics (CMFP), ou perte d'efficacité, a été élaboré en vue d'appréhender les coûts indirects de la collecte de recettes fiscales supplémentaires en termes de distorsions des comportements. En règle générale, les coûts des effets de distorsion sont plus importants lorsque la base d'imposition est plus sensible (c'est-à-dire lorsqu'il est plus aisé pour les individus de modifier leur comportement), et ils sont d'autant plus lourds que les taux d'imposition sont élevés. En fait, le CMFP est approximativement proportionnel au carré du taux d'imposition, de sorte qu'il est nettement plus coûteux d'accroître la ponction fiscale de 50 à 55 % du PIB que de 30 à 35 %. Dans le cas de la Suède, une étude importante a établi que le CMFP était environ de 1.5 vers la fin des années 80 – ce qui signifie que chaque couronne suédoise de recettes supplémentaires avait un coût indirect de 0.5 couronne – mais que la réforme fiscale de 1990 avait permis de le ramener aux alentours de 1.2 (Agell et al., 1995). Ces estimations sont inférieures à celles qui figurent dans de précédentes études⁴, ce qui s'explique à la fois par les effets des réformes fiscales et par une plus faible élasticité présumée du nombre d'heures travaillées (une élasticité non compensée de 0.1 seulement par rapport au salaire)⁵. Néanmoins, les taux d'imposition ont été revus à la hausse depuis le début des années 90, et il existe plusieurs autres raisons de penser que le CMFP est aujourd'hui plus important que ne l'indiquent ces estimations :

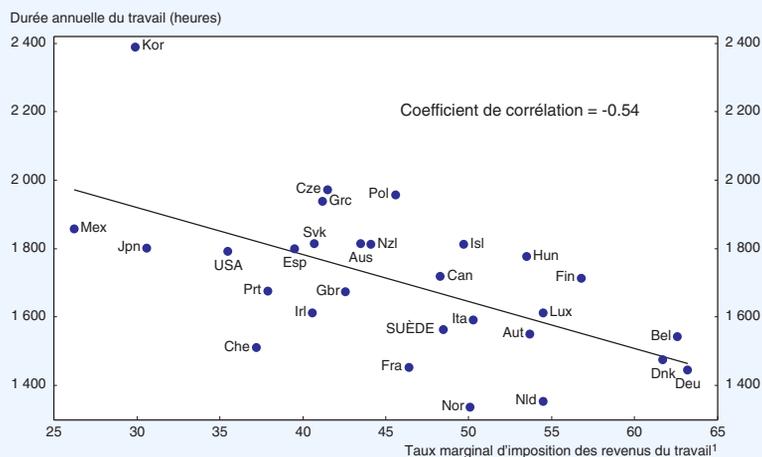
- L'incidence de la fiscalité des revenus sur l'offre de main-d'œuvre est particulièrement incertaine, notamment son effet sur le nombre moyen d'heures travaillées par personne occupée. L'essentiel des travaux théoriques internationaux indiquent que l'incidence de l'imposition des revenus sur le temps de travail est relativement faible. Reste que la majorité des études examinent un pays donné au fil du temps, et qu'il est donc peu probable que leur pouvoir explicatif soit particulièrement fort (voir l'encadré 2.1).

Encadré 2.1. Impôts sur le revenu et temps de travail

En théorie, des impôts sur le revenu élevés tendent normalement à réduire le taux d'activité et le nombre moyen d'heures travaillées, en faussant l'arbitrage entre temps libre et activité professionnelle. La question est de savoir quelle est la véritable ampleur de ces effets. Cet encadré est consacré au second effet, à savoir l'impact sur le temps de travail moyen. Les études suédoises tendent à donner des résultats similaires à ceux des travaux de recherche menés dans d'autres pays, mettant en évidence des coefficients d'élasticité d'environ -0.1 à -0.2 pour les hommes et -0.1 à -0.5 pour les femmes. Il existe toutefois plusieurs raisons de craindre que les estimations tirées d'études portant sur un seul pays soient inférieures à la réalité. *Premièrement*, le pouvoir explicatif d'une étude limitée à un seul pays reposant sur des séries chronologiques globales est probablement très faible. Une analyse de séries chronologiques impliquerait d'effectuer une régression d'une variable à forte composante tendancielle (le nombre d'heures travaillées par personne) par rapport à plusieurs autres variables à forte composante tendancielle. Or il est très difficile d'isoler les effets de chacune de ces tendances à long terme. Par contre, les variations entre pays sont plus importantes, ce qui signifie qu'une analyse internationale ou de panel devrait se caractériser par un plus grand pouvoir explicatif. *Deuxièmement*, les études d'événements utilisant des données de panel intranationales, qui portent sur la manière dont les individus réagissent à un changement identifiable de l'action publique tel qu'une réduction d'impôt, peut sous-estimer l'élasticité, car l'intervalle de temps n'est généralement pas suffisamment grand pour que les effets se fassent pleinement sentir (il s'écoulera de nombreuses années avant que les individus aient complètement ajusté leur comportement). *Troisièmement*, les repères offerts par les études de comportement antérieures risquent de ne pas être fiables au moment présent. Ainsi, les coefficients d'élasticité peuvent fort bien avoir été plus faibles dans un cadre de négociations salariales collectives (car ils correspondaient au travailleur syndiqué médian et non marginal) et ils peuvent donc être plus élevés maintenant que les négociations salariales décentralisées se sont banalisées. En outre, sur certains pans du marché du travail ont été adoptés divers mécanismes flexibles de rémunération, qui permettent aux salariés de choisir librement entre salaire, cotisations de retraite et congés (voir le chapitre 4).

Le lien entre temps de travail et imposition est sans doute plus visible lorsqu'on adopte une perspective internationale. Une simple analyse de corrélation donne à penser que les pays où la fiscalité du travail est plus lourde ont tendance à se caractériser par un nombre moyen d'heures travaillées plus faible (graphique 2.4) et un nombre plus réduit de personnes dont le temps de travail est long (40 heures ou plus). Les pays affichant des impôts sur le travail plus élevés sont également ceux où le temps de travail a baissé le plus fortement au cours des dernières décennies, bien que la corrélation simple soit en l'occurrence plus faible (environ -0.25 pour les pays qui figurent dans le graphique 2.4).

Graphique 2.4. Des impôts élevés entraînent une réduction du temps de travail



1. Taux marginal d'imposition des revenus majoré des cotisations salariales et des impôts indirects, personne seule sans enfant rémunérée au salaire moyen.

Source : OCDE, *Les impôts sur les salaires 2003/2004* ; estimations fondées sur l'enquête européenne sur les forces de travail. Voir *Perspectives de l'emploi de l'OCDE (2004)* pour plus de détails.

Encadré 2.1. Impôts sur le revenu et temps de travail (suite)

Ce diagramme de dispersion est intéressant, mais une analyse plus précise s'impose pour prendre en compte le rôle d'autres facteurs qui influent également sur le nombre moyen d'heures travaillées. Il s'agit notamment des revenus (la demande de temps libre devrait augmenter avec la hausse des revenus), de la proportion de femmes dans la population active (nombre d'entre elles travaillent à temps partiel) et de l'âge (les personnes âgées ont tendance à travailler moins). L'équation ci-dessous repose sur une régression empilée des nombres moyens d'heures travaillées dans 16 pays de 1975 à 2002, inspirée de l'analyse présentée dans OCDE (2005b)¹ :

$$\log hrs = -0.3293 \log prod - 0.5606 taxes - 0.3413 fm + 0.3745 gap - 0.1507 gap_{t-1} + const + trend$$

(6.1) (3.9) (9.6) (10.6) (5.0)

(écart type = 0.0137) ADF (résidus Suède) = -3.86 (prob = 0.01)

Estimation : doubles moindres carrés, données regroupées pour 16 pays, 1975-2002 (nombre d'observations = 448)

où *hrs* désigne le nombre moyen d'heures travaillées par personne occupée, *prod* la productivité horaire du travail, *taxes* le taux d'imposition implicite du revenu des personnes physiques (voir Carey et Rabesona, 2002), *fm* la proportion de femmes dans la population active (utilisée comme variable indicative du travail à temps partiel), et *gap* l'écart de production. Les effets fixes par pays et les tendances temporelles ont été intégrés. La variable ADF renvoie au test de Dickey-Fuller augmenté et indique que l'équation suédoise à long terme correspond à une relation de cointégration.

Cette équation incite à penser qu'il existe une relation négative significative entre la fiscalité des revenus et le nombre moyen d'heures travaillées, une fois éliminée l'incidence d'autres facteurs sur le temps de travail. Parmi les 16 pays considérés, le nombre moyen d'heures travaillées par personne occupée a reculé de 12 % en moyenne entre 1975 et 2002. L'élasticité estimée implique qu'environ un tiers de cette baisse est imputable à la hausse des taux d'imposition des revenus.

Dans le cas de la Suède, cela signifie que le nombre moyen d'heures travaillées pourrait augmenter de 9 % si le taux d'imposition était aligné sur la moyenne de l'échantillon de pays considéré.

Les estimations économétriques sont toujours sujettes à incertitude, et cette analyse pourrait sans doute être améliorée – notamment par l'utilisation d'un meilleur indicateur de la charge fiscale (c'est-à-dire un véritable taux marginal d'imposition au lieu d'un taux moyen implicite). Néanmoins, elle tend clairement à indiquer que l'examen de plusieurs pays peut fournir des informations complémentaires utiles concernant l'impact de la fiscalité sur l'offre de main-d'œuvre.

1. Ces pays sont l'Allemagne, l'Australie, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Italie, le Japon, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. Le principal changement par rapport à OCDE (2005b) réside dans le fait que l'équation est estimée à l'aide de variables instrumentales et non de moindres carrés. Cela tient au fait que, pour des raisons de disponibilité des données, la variable indicative retenue pour le taux d'imposition est le ratio d'imposition implicite (le rapport entre recettes fiscales et revenus des ménages). Or cette variable entretient une relation fortement endogène avec celle du membre de gauche de l'équation, à savoir le nombre d'heures travaillées. On l'écarte donc en la remplaçant par une variable instrumentale, en l'occurrence le ratio de dépenses publiques. Cela entraîne une augmentation sensible du coefficient estimé, comme on pouvait s'y attendre en théorie (Li et Sarte, 2003, montrent que le même problème d'endogénéité introduit un biais par défaut important dans l'estimation de l'impact de la fiscalité des revenus sur les taux de croissance au niveau international). Un changement moins important par rapport à OCDE (2005) réside dans l'inclusion de l'écart de production, destinée à atténuer en partie les effets dynamiques dans l'équation à long terme et liée au caractère cyclique de la variable fiscale et de sa variable instrumentale. Un effet d'âge (appréhendé par le biais de la proportion de la population active âgée de 55 ans ou plus) a été testé, mais il s'est révélé non significatif. Enfin, les estimations sont robustes à l'inclusion de variables représentatives de la réglementation des marchés de produits et du marché du travail.

L'incidence de la fiscalité sur l'offre de main-d'œuvre semble plus évidente lorsqu'on procède à des comparaisons internationales.

- La plupart des études suédoises du CMFP utilisent des coefficients d'élasticité du nombre d'heures travaillées calculés à partir d'estimations de la réaction de l'offre de travail des individus occupant déjà un emploi. Dans le cadre de travaux plus récents, Kleven et Kreiner (2003) ont tenté de cerner les effets sur l'offre de main-d'œuvre aussi bien en termes de taux d'activité que de nombre d'heures travaillées, et ils ont établi que le CMFP était substantiel une fois pris en compte ces deux types d'effets. Ainsi, une augmentation uniforme des taux d'imposition en Suède entraînerait une perte d'efficacité de 1.30 couronne pour chaque couronne de recettes, en partant de l'hypothèse que les coefficients d'élasticité du taux d'activité et du nombre d'heures travaillées s'établissent respectivement à 0.2 et 0.1 (même si l'élasticité du temps de travail est ici inférieure à celle qui ressort des comparaisons internationales). Ce résultat place la Suède près du quartile supérieur des pays de l'OCDE (voir le tableau 2.5). Il est environ trois fois plus coûteux de collecter des recettes au moyen d'impôts progressifs que par le biais d'impôts proportionnels ou à taux unique; par conséquent, le coût

Tableau 2.5. Le coût marginal des fonds publics est probablement significatif
Coût indirect de chaque augmentation marginale des recettes fiscales¹

	Augmentation d'impôt proportionnel (la progressivité reste inchangée)		Augmentation d'impôt progressif (la fiscalité devient plus progressive)
	Élasticité non compensée du nombre d'heures travaillées = 0.0 Élasticité du taux d'activité = 0.2	Élasticité non compensée du nombre d'heures travaillées = 0.1 Élasticité du taux d'activité = 0.2	Élasticité non compensée du nombre d'heures travaillées = 0.0 Élasticité du taux d'activité = 0.2
Allemagne	1.12	2.81	17.75
Australie	0.28	0.47	0.72
Autriche	0.87	1.70	3.91
Canada	0.30	0.52	0.83
Danemark	0.68	1.24	2.36
Espagne	0.34	0.56	0.88
États-Unis	0.15	0.24	0.34
Finlande	0.98	2.19	7.19
France	0.57	1.04	1.92
Grèce	0.26	0.46	0.72
Irlande	0.55	1.16	2.57
Islande	0.37	0.57	0.85
Italie	0.38	0.76	1.42
Japon	0.19	0.27	0.36
Norvège	0.46	0.75	1.18
Nouvelle-Zélande	0.20	0.28	0.36
Pays-Bas	0.90	1.87	4.85
Royaume-Uni	0.37	0.57	0.83
Suède	0.74	1.30	2.41
Suisse	0.35	0.50	0.69

Note : Ce tableau indique le coût indirect de chaque augmentation marginale des recettes fiscales. Par exemple, dans le cas de la Suède, toute couronne supplémentaire de recettes fiscales découlant d'une augmentation d'impôt progressif aurait un coût de 2.41 couronnes en termes de bien-être. Par construction, la CMFP tend vers l'infini à mesure que l'économie s'approche du maximum de la courbe de Laffer et devient négative ensuite.

1. Les effets moyens des systèmes d'impôts et de transferts sont pris en compte. Comme les taux de remplacement peuvent être surestimés, l'étude présente aussi des estimations de la CMFP abstraction faite des effets des systèmes de transferts. Dans ce cas, la perte d'efficacité est réduite de moitié environ.

Source : Kleven, Henrik J. et Claus T. Kreiner (2003), « The Marginal Cost of Public Funds in OECD Countries – Hours of Work Versus Labour Force Participation », CESinfo Working Paper No. 935, avril.

supplémentaire induit par un renforcement de la progressivité du système fiscal doit être mis en balance avec ses éventuelles retombées sociales en termes de répartition plus équitable des revenus (voir le graphique 1.9).

- Au fil du temps, la mondialisation rend les assiettes fiscales plus sensibles aux variations des taux d'imposition. Cela vaut assurément pour les impôts sur le capital et pour certains impôts indirects, notamment sur les boissons alcoolisées, mais il est également possible que les individus soient davantage enclins à se rendre à l'étranger pour trouver des emplois mieux rémunérés.
- Les variations de la demande de main-d'œuvre peuvent amplifier les effets négatifs des prélèvements fiscaux sur le travail. Dans une étude fondée sur des comparaisons internationales, Davis et Henrekson (2004) parviennent à la conclusion que ces impôts provoquent un déplacement de la demande au détriment des secteurs qui utilisent de manière intensive des travailleurs peu qualifiés; les activités rémunérées de ces travailleurs étant plus sensibles aux variations de la demande de main-d'œuvre, les effets négatifs des impôts s'en trouvent accentués.
- Les effets négatifs sur l'intensité de l'effort de travail, les incitations à étudier et la mobilité professionnelle ne sont pas pris en considération. En outre l'élasticité du *revenu imposable* par rapport aux taux d'imposition peut être plus forte que celle de l'*offre de main-d'œuvre*, car les contribuables peuvent modifier les modalités selon lesquelles ils sont rémunérés (notamment par le biais d'une augmentation des avantages accessoires ou des cotisations de retraite bénéficiant d'un régime fiscal préférentiel) et ajuster leur comportement en termes de consommation et d'épargne (Hansson, 2004).

Globalement, une nouvelle hausse des taux d'imposition aurait probablement des coûts significatifs. Si les calculs du CMFP sont extrêmement sensibles aux élasticités appliquées, même des hypothèses relativement prudentes débouchent sur des estimations non négligeables. La Suède se caractérise déjà par la fiscalité la plus lourde de la zone OCDE en pourcentage du PIB, et dans la mesure où 90 % de l'incidence des impôts pèse *in fine* sur le travail (Lundgren *et al.*, 2005), un relèvement des taux d'imposition aurait probablement des effets de distorsion sensibles sur l'arbitrage entre travail et temps libre. Toutefois, la question de savoir s'il est efficient de collecter des recettes fiscales supplémentaires dépend des avantages induits par les dépenses publiques qu'elles sont destinées à financer. En termes économiques, le coût marginal de ces recettes, c'est-à-dire le CMFP, doit être mis en balance avec l'utilité marginale des dépenses publiques. Il y a fort à parier que les pressions démographiques en faveur d'une expansion des services de soins de santé et de prise en charge des personnes âgées feront augmenter l'utilité marginale de ces services, mais le CMFP risque d'augmenter également.

Cela laisse à penser que les pouvoirs publics ne devraient pas recourir à des hausses d'impôts en vue de combler le déficit de financement. Il existe en revanche de bonnes raisons de réévaluer quels services devraient être financés par le secteur public et quels sont ceux dont l'achat direct par les ménages serait peut-être plus rationnel. Seulement 17 % des aides et transferts publics impliquent une redistribution effective entre individus dans le cadre de l'État providence suédois lorsqu'on raisonne sur toute la durée de leur vie. Le reste est financé par les individus eux-mêmes à un moment ou un autre de leur existence (Pettersson et Pettersson, 2003). La réduction de cette redistribution intra-individuelle et des coûts induits en termes de collecte d'impôts pourrait entraîner des gains d'efficacité économique. Des distorsions pourraient également être atténuées si, pour un montant de

recettes fiscales donné, la base d'imposition était déplacée des revenus vers la propriété, par exemple, ou vers d'autres formes moins mobiles de matière imposable.

L'amélioration de l'efficacité des services financés sur fonds publics est une piste à explorer

Des gains de productivité dans les services financés sur fonds publics peuvent contribuer de manière importante à contenir les pressions qui s'exercent sur les dépenses publiques. Bien que la nature de ces services, et de la plupart des autres services au demeurant, rende difficile la réalisation de tels gains, leur productivité *peut* être améliorée. La simple constatation des différences sensibles de coûts (même corrigés pour tenir compte de divers facteurs structurels) entre collectivités locales laisse à penser qu'il existe des marges substantielles de renforcement de l'efficacité de la production, correspondant au rattrapage des collectivités les plus performantes par les moins performantes. Une meilleure utilisation des innovations technologiques, une amélioration des procédures administratives et un renforcement de la concurrence dans la prestation des services financés par le secteur public constitueraient des composantes importantes d'une telle stratégie.

Un renforcement de la concurrence dans le secteur public serait source de gains

Ouvrir davantage à la concurrence la prestation des services financés sur fonds publics constitue probablement le principal gisement de gains d'efficacité (les questions essentielles en la matière ont été examinées de manière approfondie dans le chapitre sur la concurrence de l'Étude de l'année dernière). Les pays de l'OCDE ont exploré des pistes diverses en vue d'améliorer l'efficacité des dépenses publiques, notamment en accordant une importance accrue à la transparence et à l'analyse comparative, en ouvrant certains secteurs à la concurrence (sur les plans interne et externe, en recourant à des systèmes de paiement lié aux activités, à l'externalisation et à la privatisation), en introduisant des redevances d'utilisation et en donnant une liberté de choix aux consommateurs⁶. En Suède, les autorités ont procédé à des changements majeurs en ce sens, notamment dans les services d'éducation, de santé et de soins, en introduisant un système de chèques-enseignement, en séparant les fonctions d'acheteur et de prestataire et en instaurant des redevances d'utilisation (voir OCDE, 2002). Elles ont également pris des mesures de déréglementation et de privatisation et recouru de manière accrue à la passation de marchés pour la fourniture des services publics. Malgré ces efforts, il existe toujours de larges pans de l'économie où la concurrence est faible, voire inexistante. Les tentatives d'ouverture à la concurrence ont été très diverses parmi les collectivités locales, par exemple.

Dans une perspective à long terme, les autorités suédoises devraient se demander de manière générale si le secteur privé ne serait pas mieux placé pour fournir certains des biens et services qui relèvent aujourd'hui du secteur public. Actuellement, certains signes indiquent que l'administration centrale et les collectivités locales interviennent dans des proportions injustifiées dans des domaines où il existe déjà des entreprises privées (Konkurrensverket, 2004). Quand tel est le cas, cela fausse souvent la concurrence sur le marché considéré. Cette situation est en partie imputable au flou de la législation. Les autorités et organismes relevant de l'administration centrale sont soumis à certaines restrictions, de même que les niveaux inférieurs d'administration en vertu de la loi sur les collectivités territoriales, mais de vastes zones d'ombre subsistent et la légalité des entreprises appartenant aux collectivités locales ne peut être contestée devant les tribunaux. Cela laisse à penser que le cadre juridique des activités de l'État sur les marchés

concurrentiels doit être renforcé. De manière générale, la législation et les instructions données aux organismes publics devraient indiquer clairement que ceux-ci ne peuvent s'impliquer dans un secteur d'activité que s'il appartient manifestement à la puissance publique d'intervenir (notamment lorsque des défaillances du marché ont été mises en évidence). Des mécanismes adaptés d'application des lois devraient également être mis en place. Lorsque des organismes publics exercent leurs activités parallèlement à des fournisseurs privés, les lois et leurs mécanismes d'application devraient garantir l'équité des conditions de concurrence. Cela exigerait, par exemple, que les unités du secteur public opérant sur des marchés concurrentiels soient dissociées des autres dans les comptes publics, afin d'éviter toute subvention croisée. Les entreprises publiques qui exercent actuellement leurs activités dans des domaines où l'on ne relève aucune défaillance du marché devraient être privatisées.

L'externalisation par le biais de marchés publics pourrait également déboucher sur des gains d'efficience. Bien que la proportion de marchés publics faisant l'objet d'appels d'offres ouverts soit supérieure à la moyenne de l'UE, il existe encore des marges de progression considérables en la matière (Konkurrensverket, 2002). La passation de marchés publics peut toutefois être entravée par des lacunes du cadre législatif et institutionnel, ainsi que par la réticence de certaines communes et institutions centrales à lancer des appels d'offres. Cette situation est regrettable, car le bilan des marchés publics est en général positif. Ainsi, les procédures d'appel d'offres exigent une spécification précise du niveau et de la qualité des services concernés, ce qui a permis d'identifier et d'éliminer des fonctions faisant double emploi. Pour favoriser l'expansion des procédures d'appel d'offres, la précédente *Étude* recommandait de consacrer davantage de ressources à l'éducation, à l'information et à la supervision dans le domaine des marchés publics. Un renforcement de l'externalisation offrirait également davantage de possibilités aux entrepreneurs potentiels de se faire une place sur des pans aujourd'hui sous-développés du secteur des services personnels et sociaux. Compte tenu de l'existence établie de pratiques faisant obstacle au bon fonctionnement des procédures d'adjudication des marchés publics, telles que la passation directe illégale de contrats, la précédente *Étude* préconisait également de rationaliser la structure de contrôle et de l'habiliter à imposer des amendes, ainsi que de modifier la législation afin de garantir des conditions de concurrence équitables entre producteurs internes et externes.

Des mécanismes favorisant la transparence et des outils d'analyse comparative peuvent également contribuer à la réalisation de gains d'efficience, dans la mesure où ils attirent l'attention des contribuables et des prestataires sur la situation relative d'une unité par rapport aux autres en termes de performances. En Suède, il existe déjà sur Internet des séries de données très complètes offrant des indicateurs sur la couverture et les coûts des services publics de chaque conseil de comté et commune. Cela a facilité la mise au jour des meilleures pratiques et poussé les collectivités locales à progresser en termes de qualité et de rapport coût-efficacité, celles dont les résultats laissaient à désirer se trouvant « montrées du doigt ». Néanmoins, de nouveaux travaux permettant d'analyser plus finement les coûts unitaires pour l'ensemble des activités aideraient à mettre en lumière les domaines dans lesquels des gains d'efficience pourraient être obtenus. Un recours plus systématique aux comparaisons, par exemple dans l'optique de pressions exercées par les pairs, pourrait améliorer la diffusion des meilleures pratiques. Cela serait tout particulièrement utile pour les divers systèmes d'assurance (maladie et chômage), qui se caractérisent par des écarts de performances sensibles entre services locaux.

Encadré 2.2. Résumé des recommandations

Faire preuve d'une plus grande rigueur budgétaire de manière à atteindre l'objectif d'un excédent de 2 %. Éviter d'alourdir la pression fiscale, ce qui aurait probablement un effet négatif sur l'offre de main-d'œuvre. Améliorer l'efficacité des services financés sur fonds publics en limitant le champ d'action de l'État aux domaines où des défaillances du marché ont été clairement mises en évidence, en privatisant les entreprises publiques qui opèrent actuellement sur des marchés concurrentiels, en ouvrant davantage à la concurrence les services financés sur fonds publics tout en garantissant l'égalité des chances entre prestataires privés et publics via l'assujettissement de ces derniers à des mécanismes efficaces d'application des lois (amendes), et en améliorant la diffusion des meilleures pratiques par un élargissement des bases de données comparatives disponibles à tous les niveaux d'administration.

Plafonds de dépenses de l'administration centrale : Les autorités ne devraient pas recourir à des dépenses fiscales pour contourner les plafonds, qui devraient être fixés à des niveaux compatibles avec l'objectif d'excédent. Instituer une marge de sécurité spécifique qui ne pourrait pas être utilisée à d'autres fins que des révisions de dépenses dues à la conjoncture.

Finances des collectivités locales : Il serait souhaitable de limiter le gonflement des dépenses lors des années d'envolée des recettes, en fondant la règle d'équilibre budgétaire sur la moyenne des revenus imposables sur un certain nombre d'années. On pourrait également stabiliser les recettes des collectivités locales en leur donnant accès aux impôts sur la propriété. Une autre option consisterait à ajuster de manière anticyclique les dotations budgétaires de l'administration centrale.

Objectif d'excédent budgétaire : Compléter l'objectif d'excédent par un objectif d'endettement à moyen terme, afin de réduire les risques de dérapage d'une année sur l'autre.

D'autres pays à structure fédérale ont réformé leur système budgétaire pour réaliser des gains d'efficacité

L'utilisation efficace des deniers publics est également subordonnée à une structure administrative bien conçue et à une répartition adaptée des compétences. Comme ses voisins nordiques, la Suède figure parmi les pays de l'OCDE où les tâches déléguées aux collectivités locales sont les plus nombreuses et complexes. Cette structure fortement décentralisée trouve sa source dans l'attachement à la démocratie locale et dans la capacité d'adapter les prestations de services aux préférences locales. Il est toutefois incertain que la structure actuelle convienne pour l'avenir. Ainsi, la frontière entre soins de santé et protection sociale pour les personnes âgées se brouille peu à peu, tandis que les soins de santé prennent eux-mêmes un caractère plus technique et spécialisé. Comme l'évoque de manière plus précise le chapitre 5, ces deux évolutions impliquent peut-être qu'une réorganisation des compétences locales s'impose, éventuellement via la fusion de certains niveaux d'administration infranationaux. Une commission gouvernementale examine actuellement la question; son rapport final sera publié début 2007. La principale incidence de ces fusions pourrait résider dans des possibilités accrues d'améliorations qualitatives. Toutefois, une augmentation de la taille des unités des administrations publiques pourrait également faciliter la réaffectation des ressources des activités non prioritaires vers les activités essentielles (telles que les soins de santé et la prise en charge des personnes âgées), l'ouverture du secteur public à la concurrence et l'utilisation plus

intensive de l'administration électronique, dans la mesure où ces unités seraient plus aptes à gérer les processus connexes. Au bout du compte, l'alternative pour la Suède consistera peut-être de plus en plus à choisir entre démocratie locale décentralisée et fourniture des meilleurs services possibles à la population.

La préservation de l'État providence est indissolublement liée à l'augmentation de l'offre de main-d'œuvre

Des gains d'efficacité faciliteront la satisfaction d'une demande croissante de services publics, mais ils ne contribueront aucunement à réduire les pressions qui devraient s'exercer sur les dépenses du fait du vieillissement. Pour ce faire, il faudra prendre des mesures destinées à stimuler l'offre de main-d'œuvre, afin que le rapport de dépendance économique n'augmente pas brutalement. Toutefois, certains ajustements devront probablement être apportés au système de protection sociale pour amener les Suédois à travailler davantage. Ces questions sont examinées dans les deux prochains chapitres.

Notes

1. Concrètement, la différence entre le taux d'emploi des Suédois de souche et celui des immigrants doit diminuer d'un tiers d'ici 2020.
2. On part de l'hypothèse que le taux d'intérêt nominal passe d'un niveau initial de 5,5 % à 5 % en 2030, avant de remonter à 5,2 % en 2050. Sa valeur moyenne sur l'ensemble de la période est d'environ 5¼ pour cent. Ce profil d'évolution correspond à ceux décrits pour un certain nombre de grands pays de l'OCDE, notamment les États-Unis, dans les scénarios présentés dans OCDE (2005a).
3. On peut penser que la seconde option aurait été plus cohérente avec la règle générale de non modification du comportement du marché de l'emploi. L'hypothèse d'une diminution du temps de travail a néanmoins été retenue, car les interactions avec le système de retraite rendent les calculs très complexes. Il convient de noter que, contrairement aux pensions de vieillesse et aux retraites professionnelles, les paiements d'impôts différés au titre de l'épargne-retraite individuelle – qui est assujettie à un régime d'imposition de type ETT (exonération des cotisations de retraite, taxation des revenus des investissements, et taxation des pensions de retraite) – ne sont que partiellement pris en compte dans les prévisions; or, ils devraient gonfler dans une certaine mesure les recettes publiques dans l'avenir, même si on ne dispose d'aucune estimation précise en la matière.
4. L'étude la plus complète du CMFP en Suède (à laquelle il est fait référence dans Statskontoret, 2003) remonte à plus de vingt ans, mais ses enseignements théoriques restent précieux. Ainsi, la perte d'efficacité induite par un alourdissement de la pression fiscale est considérablement plus importante lorsqu'elle est imputable à une augmentation de l'impôt communal sur le revenu qu'à une hausse de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA). Elle est également plus ample si les recettes sont consacrées à des transferts purs et simples ou à des services qui se substituent parfaitement à des formes de consommation privée, plutôt qu'à des formes de consommation publique collective ou à des équipements collectifs, car l'effet de revenu induit dans le second cas se traduit par une augmentation de l'offre de main-d'œuvre. Le CMFP est moindre si le service financé par l'impôt constitue le complément d'autres biens ou services taxés ou d'une activité professionnelle, que s'il représente le complément de loisirs.
5. Ces estimations, effectuées par Agell *et al.* (1995), se fondent sur le coin fiscal pour l'ouvrier moyen et sur une élasticité non compensée par rapport au salaire de 0,1, représentative des estimations des élasticité-salaire des hommes mariés présentées dans des études microéconométriques de données suédoises. Des estimations beaucoup plus élevées du CMFP ont été obtenues en appliquant le coin fiscal d'un employé moyen et les élasticités généralement observées dans les études suédoises concernant l'offre de main-d'œuvre féminine.
6. L'opportunité de chaque mesure dépend du service considéré. Lorsqu'il existe des marchés privés fonctionnant convenablement, ou lorsqu'on peut tabler sur leur émergence rapide, le recours à des appels d'offres peut être préférable. Il est également possible d'offrir aux usagers la liberté de choix de leur fournisseur (par exemple grâce à un système de « chèques »), ce qui suscite une concurrence entre producteurs sur le terrain qualitatif. L'analyse comparative des unités du secteur public peut fournir des enseignements sur la structure des coûts de production lorsque

l'implication du secteur privé est quasiment impossible (notamment en cas d'exercice de l'autorité publique), et l'on peut créer des conditions de concurrence en subordonnant l'octroi des financements aux résultats.

Bibliographie

- Agell, J., P. Englund et J. Södersten (1995), « Svensk skattepolitik i teori och praktik – 1991 års skattereform », Annexe 1 de SOU 1995:104.
- Carey, D. et J. Rabesona (2002), « Ratios fiscaux pour les revenus du travail et du capital et pour la consommation », *Revue économique de l'OCDE* n° 35, 2002/2, OCDE, Paris.
- Davis, S.J. et M. Henrekson (2004), « Tax Effects on Work Activity, Industry Mix and Shadow Economy Size: Evidence from Rich Country Comparisons », National Bureau of Economic Research, Working paper No. 10509, <http://papers.nber.org/papers/w10509.pdf>.
- Girouard, N. et C. André (2005), « Public Finances and the Economic Cycle », Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, à paraître.
- Hansson, Å. (2004), « Taxpayers' Responsiveness to Tax Rate Changes and Implications for the Cost of Taxation », Université de Lund, Département d'économie, étude n° 2004:5.
- Joumard, I., P.M. Kongsrud, Y.S. Nam et R. Price (2004), « Enhancing the Effectiveness of Public Spending: experience in OECD countries », Document de travail du Département des affaires économiques, n° 380, Paris.
- Kleven, H.J. et C.T. Kreiner (2003), « The Marginal Cost of Public Funds in OECD Countries – Hours of Work Versus Labour Force Participation », CESinfo Working Paper No. 935, avril.
- Konkurrensverket (2002), « Vårda och skapa konkurrens », Konkurrensverkets rapportserie: 2002:2.
- Konkurrensverket (2004), « Myndigheter och marknader », Konkurrensverkets rapportserie: 2004:4.
- Li, W. et P.D. Sarte (2003), « Growth Effects of Progressive Taxes », Federal Reserve Bank of Philadelphia, Working Paper No. 03-15.
- Lundgren, S., P.B. Sørensen, A.S. Kolm et E. Norrman (2005), « Tid för en ny skattereform! », Konjunkturrådets Rapport 2005, SNS Förlag.
- OCDE (2002), *Études économiques, Suède*, Paris.
- OCDE (2005a), « Les effets du vieillissement sur la demande, les marchés de facteurs de production et la croissance », ECO/CPE/WP1(2005)4.
- OCDE (2005b), *Études économiques, Belgique*, Paris.
- Pettersson, T. et T. Pettersson (2003), « Fördelning ur ett livsrytmoperspektiv », Annexe 9 à l'étude à long terme, SOU 2003:110.
- Statskontoret (2003), « Alternativ finansiering av offentliga tjänster », annexe 7 à l'étude à long terme, SOU 2003:57.

Chapitre 3

Comment lutter au mieux contre les absences pour cause de maladie et d'invalidité

Le principal problème économique de la Suède est le taux élevé d'absentéisme pour cause de maladie ou d'invalidité. Ce chapitre expose le problème et examine les mesures prises par d'autres pays pour y remédier. Il souligne l'importance de fonder le système d'assurance-maladie sur le principe de l'obligation mutuelle. Ceci suppose de responsabiliser davantage le travailleur malade, l'employeur et le bureau d'assurance sociale pour que l'intéressé reprenne son activité le plus rapidement possible.

Les personnes en congé de maladie ou qui perçoivent une pension d'invalidité représentent en moyenne chaque jour quelque 14 % de la population en âge de travailler, et exercent donc une forte ponction sur l'offre de main-d'œuvre, les revenus et l'activité économique. Conscient de ce problème, le gouvernement s'est donné pour objectif de réduire de moitié entre 2002 et 2008 le nombre de personnes en congé de maladie, ce qui non seulement aurait dès à présent un effet positif sur le bien-être des Suédois, mais contribuerait aussi largement à assurer la viabilité du système de protection sociale à long terme. Ce taux d'absentéisme si élevé s'explique aisément. Comparativement aux autres pays de l'OCDE, le système d'assurance-maladie de la Suède est à la fois généreux et facile d'accès. Ce sont là deux caractéristiques qu'il ne sera pas possible de conserver. Le présent chapitre examine la nature des réformes qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays et en tire les enseignements quant aux mesures qui pourraient être prises. La principale d'entre elles serait de modifier l'esprit de l'assurance-maladie et invalidité, actuellement conçue comme un dispositif de remplacement passif du revenu, pour la fonder sur le principe de « l'obligation mutuelle », déjà appliqué aux chômeurs en Suède. Dans la pratique, il s'agit de responsabiliser davantage le travailleur malade, l'employeur et le bureau d'assurance sociale pour que l'intéressé reprenne son activité aussi rapidement que possible. Le gouvernement a pris quelques mesures dans ce sens, mais il est nécessaire qu'il aille plus loin. Si l'administration et le filtrage de l'accès au système pouvaient être plus étroitement alignés sur les meilleures pratiques internationales, le problème de l'absentéisme pourrait être réglé sans qu'il soit nécessaire de réduire le niveau des prestations.

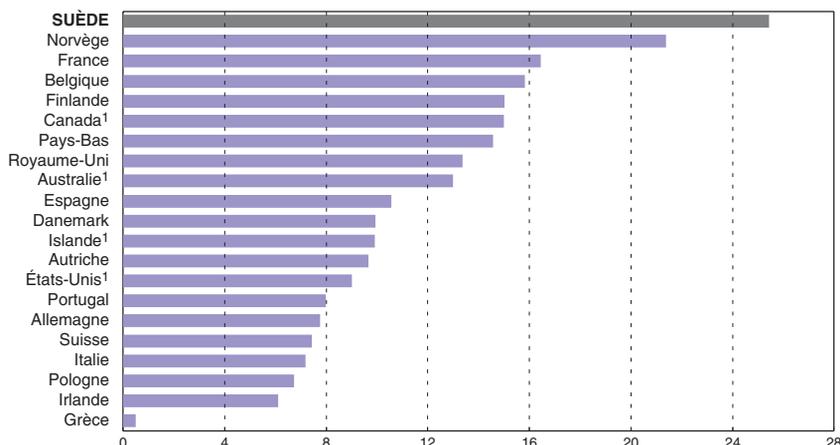
Qui sont les malades et les invalides?

Les absences pour cause de maladie et d'invalidité sont le fait de deux catégories de personnes : celles qui ont un emploi mais sont en congé maladie, et celles qui n'appartiennent pas à la population active pour des raisons de santé (les inactifs). À ces deux égards, la Suède se place moins bien que les autres pays. *Premièrement*, le nombre moyen de journées de travail perdues chaque année pour cause de maladie est le plus élevé de la zone de l'OCDE (graphique 3.1)¹. Ceci tient à la fois au *taux d'absence* élevé (c'est-à-dire le pourcentage de personnes qui sont absentes de leur emploi pendant une période donnée) et à la *durée moyenne* de chaque période d'absence (les prestations maladies pouvant être servies pendant plusieurs années). *Deuxièmement*, le pourcentage de la population active potentielle qui a quitté le marché du travail pour cause de maladie ou d'invalidité paraît relativement élevé par rapport aux autres pays, notamment dans le cas des personnes âgées (voir graphique 3.2 ; on notera cependant qu'il est parfois difficile de faire la distinction entre la retraite anticipée et l'inactivité pour cause de maladie).

Il existe plusieurs raisons « naturelles » pour lesquelles le taux de maladie pourrait être plus élevé en Suède que dans les autres pays. La plus évidente est l'âge relativement avancé de la population active, dans la mesure où l'on sait que les taux d'absence s'élèvent avec l'âge. Mais ce ne peut être là la seule explication parce que les absences pour cause de maladie sont élevées dans tous les groupes d'âge (tableau 3.1). Un deuxième facteur est le

Graphique 3.1. Le nombre de journées de travail perdues pour cause de maladie est le plus élevé de la zone de l'OCDE

Journées de travail perdues par équivalent salarié à plein-temps et par an, 2004

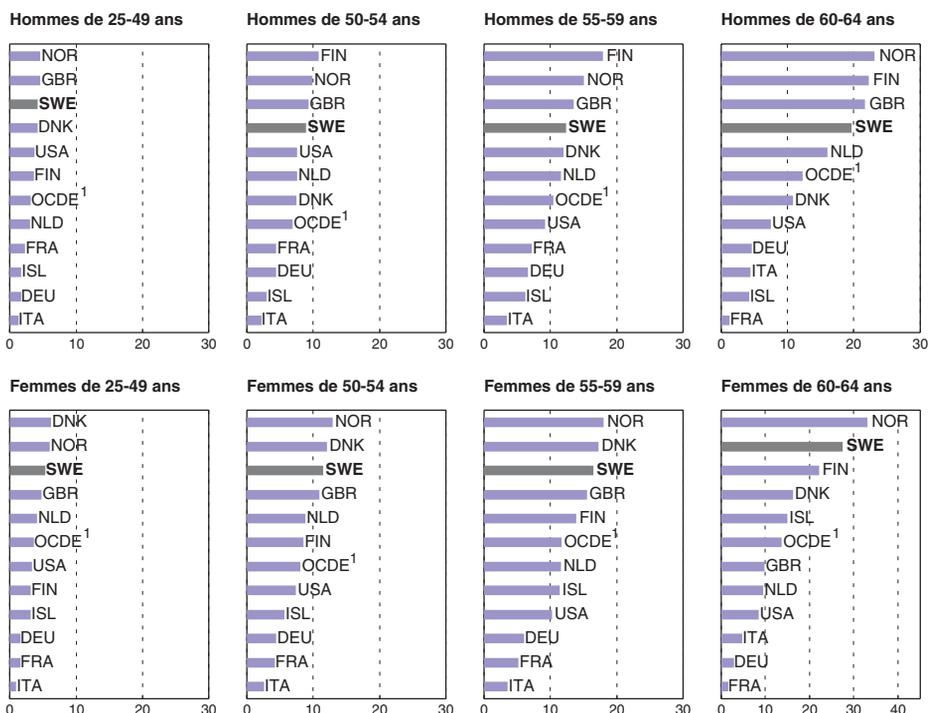


1. 2002.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur les résultats de l'Enquête européenne du printemps sur les forces de travail.

Graphique 3.2. Inactivité pour cause de maladie ou d'invalidité

Pourcentage de la population pour chaque classe d'âge, 2003



1. Moyenne des 23 pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles. 2001 dans le cas des États Unis.

Source : Enquête européenne sur les forces de travail.

Tableau 3.1. **Taux d'absence pour cause de maladie**Pourcentage de personnes absentes de leur travail pendant la totalité de la semaine de l'enquête, 1983-2001¹

	Âge					Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	
Suède	2.5	3.1	3.9	4.4	9.1	4.2
Pays-Bas	3.2	3.9	4.5	5.9	4.9	4.1
Norvège	2.4	2.7	3.1	4.3	7.2	3.2
France	1.8	2.1	2.5	3.9	4.0	2.4
Finlande	1.3	1.8	2.5	4.4	5.3	2.3
Royaume-Uni	1.8	2.1	2.5	3.9	4.0	2.0
Danemark	1.5	1.6	1.7	2.3	2.7	1.7
Allemagne	0.9	1.1	1.4	2.7	3.2	1.4
Moyenne pondérée	1.5	1.8	2.2	3.3	4.1	2.1

1. Moyennes sur la période 1983-2001, sauf dans le cas de la Suède (1987-2001) et de la Norvège (1989-2001).

Source : Bergendorff, Sisko (2003), « Sickness absence in Europe – A Comparative Study », Swedish National Social Insurance Board.

taux d'activité élevé des femmes, étant donné que dans la plupart des pays, les femmes sont plus souvent absentes de leur travail pour cause de maladie que les hommes. En revanche, les Suédois sont en meilleure santé que les citoyens de beaucoup d'autres pays et leur espérance de vie est longue (voir chapitre 5), et l'on pourrait donc penser qu'ils risquent moins de tomber malades. Sur la base de données économétriques, il apparaît que l'effet total des diverses caractéristiques liées à la démographie et au marché du travail est pratiquement nul, les différents facteurs s'annulant mutuellement (tableau 3.2).

Si l'on examine de plus près le cas particulier de la Suède, on observe d'importantes différences des taux d'absence pour cause de maladie selon les groupes examinés (graphique 3.3):

- **Par sexe** : les taux de maladie des femmes sont en moyenne deux fois plus élevés que ceux des hommes. L'écart s'est creusé au fil du temps et, comme on pouvait s'y attendre, ces taux sont plus élevés pour les femmes ayant des enfants en bas âge.

Tableau 3.2. **Le taux d'absence ne s'explique pas par des facteurs liés à la démographie et au marché du travail**

Taux d'absence pour cause de maladie (proportion de personnes absentes pour cause de maladie pendant au moins une heure pendant la semaine de référence de l'enquête, moyenne 1995-2003, en pourcentage).

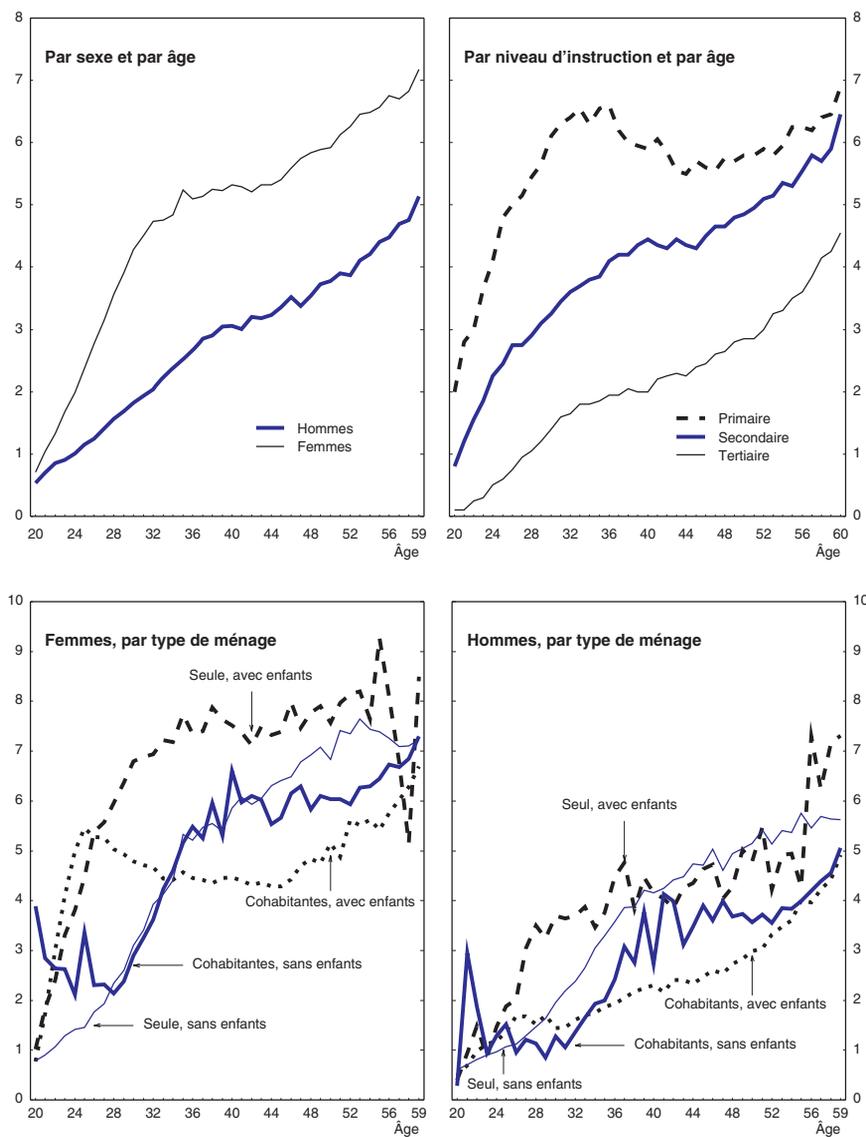
	Pourcentage
Taux d'absence pour cause de maladie en Suède	5.20
Taux moyen (non pondéré) d'absence pour cause de maladie dans l'UE	2.75
Différence entre la Suède et l'UE	2.45
Impact...	
... d'un taux d'activité plus élevé	0.56
... d'une moindre proportion d'emplois à temps partiel	0.32
... d'une durée moyenne du travail plus faible	-0.09
... d'une espérance de vie plus longue	-0.73
Différence totale expliquée par des facteurs liés à la démographie et au marché du travail	0.06

Note : Dans le modèle sur lequel sont fondés ces calculs, l'impact de la pyramide des âges n'est pas statistiquement significatif si l'on tient compte des autres variables du marché du travail. Les auteurs concluent que l'effet de l'âge est intégré dans ces variables.

Source : Calculs de l'OCDE fondés sur les résultats économétriques de l'étude de données de panel de Bonato et Lusinyan (2004) sur les absences des travailleurs en Europe (FMI, Working Paper 04/193).

Graphique 3.3. Taux de maladie

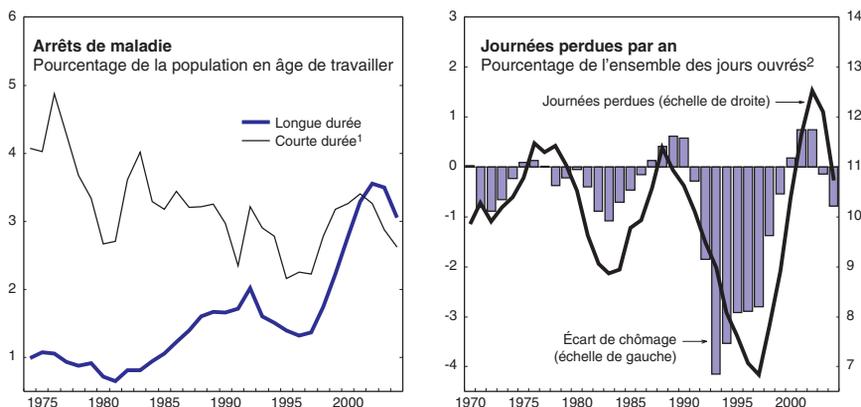
Pourcentage



Source : Statistics Sweden.

- **Par âge :** les taux d'absence s'élèvent régulièrement avec l'âge. Un homme qui approche de la soixantaine a un taux d'absence pratiquement aussi élevé que les femmes âgées d'une trentaine d'années.
- **Par niveau d'instruction :** le taux des individus n'ayant reçu qu'un enseignement primaire est particulièrement élevé pour les groupes d'âge les plus jeunes. Globalement, il est à peu près trois fois plus élevé que pour les individus ayant fait des études supérieures.
- **Par secteur :** les employés du secteur public ont un tiers de plus de chances de s'absenter de leur travail que leurs homologues du secteur privé. La situation est analogue dans d'autres pays où le taux d'absence pour cause de maladie est élevé, mais elle contraste

Graphique 3.4. Arrêts de maladie et journées perdues



1. Les séries ont été ajustées (à la hausse) après 1992 de manière à inclure le jour de carence et le nombre de jours rémunérés par l'employeur (afin de permettre des comparaisons avec la période antérieure). L'ajustement est opéré suivant la méthode décrite par Henrekson (2004) et NIER (2004).
2. Ces données proviennent d'une source administrative différente de celle des données figurant dans le graphique 3.1 et ne sont donc pas exactement comparables.

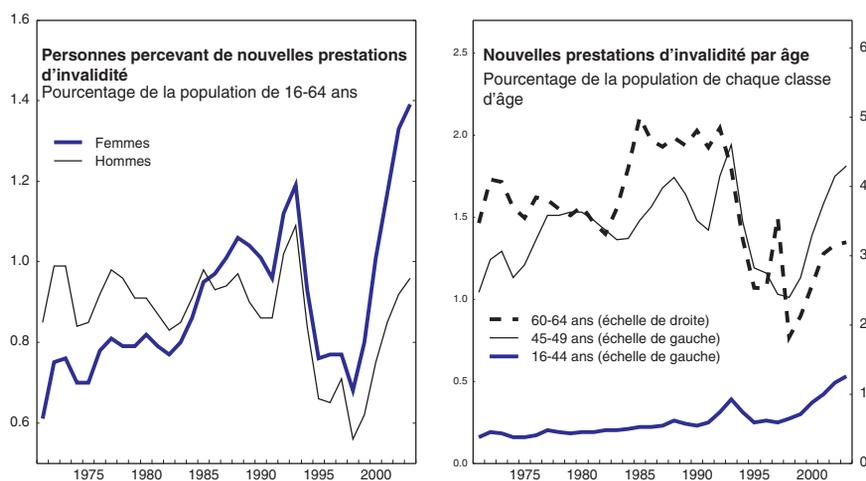
Source : Institut national de recherche économique, Statistics Sweden ; OCDE.

avec ce que l'on observe en France, en Allemagne et au Danemark où les taux d'absence sont pratiquement les mêmes dans les secteurs public et privé.

On retrouve les mêmes schémas pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité. La principale différence tient au fait qu'en moyenne leur âge est plus élevé, la moitié d'entre eux ayant plus de 55 ans.

Si l'on considère l'évolution au fil du temps, le nombre de cas de maladies de courte durée a suivi une tendance légèrement décroissante au cours des dernières décennies, mais c'est là une variable hautement conjoncturelle, qui s'élève lorsque le marché du travail est tendu² et qui baisse fortement lorsque le chômage est élevé (graphique 3.4). La durée des arrêts maladie s'est en revanche allongée. Le nombre d'arrêts de longue durée a fortement augmenté, progressant de plus de 150 % depuis 1998. Le vieillissement de la population ne peut expliquer qu'une petite fraction de cette hausse, qui tient surtout au redressement conjoncturel de l'activité, à la générosité accrue des prestations et à la substitution entre les prestations d'invalidité et les indemnités d'assurance-maladie de longue durée (l'accès aux prestations d'invalidité a été durci à la fin des années 90). Le résultat est que le nombre total de journées d'absence se situe à un niveau pratiquement sans précédent (graphique 3.4, partie de droite). Le nombre de journées de maladie a certes sensiblement reculé au cours des deux dernières années, mais l'essentiel de cette réduction tient à l'augmentation du nombre de personnes passées sous le régime de l'invalidité. De ce fait, le nombre total de jours de travail perdus pour raisons de santé (maladie et invalidité) n'a diminué que de 1.5 % entre 2003 et 2004 (NIER, 2005). Si l'on remonte un peu plus loin, le nombre de nouvelles pensions d'invalidité a fait un bond depuis la fin des années 90, notamment parmi les femmes (graphique 3.5). L'âge des bénéficiaires tend également à baisser (graphique 3.5, partie de droite), et le nombre de nouvelles inscriptions est actuellement à son niveau le plus élevé, ou peu s'en faut, pour tous les groupes d'âge à l'exception des personnes ayant entre 60 et 64 ans. Comme dans

Graphique 3.5. Fort gonflement du nombre de bénéficiaires du régime d'invalidité



Source : Agence suédoise d'assurance sociale et OCDE.

la plupart des pays, l'accroissement le plus rapide a été observé parmi les personnes souffrant de stress et de dépression.

Il y a lieu de noter que ces tendances n'ont pas de lien avec les indicateurs de l'état de santé. Comparativement à d'autres pays, le taux élevé de bénéficiaires de prestations cadre mal avec la relative bonne santé des Suédois (voir chapitre 5). De même, l'augmentation des arrêts de travail pour cause de maladie n'est liée à aucune dégradation de l'état de santé de la population : les indicateurs de l'état de santé ont en fait continué de s'améliorer au cours des vingt dernières années. De plus, le pourcentage de personnes âgées se déclarant en bonne santé a augmenté de manière relativement régulière au fil du temps (OCDE, 2003a).

Vue générale du système

L'assurance-maladie est un programme obligatoire géré par le secteur public qui a pour but de compenser les pertes de revenus subies pendant les arrêts temporaires pour cause de maladie. Cette compensation peut être intégrale (100 %) ou partielle ($\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$), selon la capacité de gains perdue. On se préoccupe désormais plus nettement de la capacité générale à travailler de l'individu concerné, sans chercher nécessairement à déterminer s'il pourra reprendre son ancien emploi. Le niveau des prestations a été fréquemment modifié au cours des 20 dernières années, des réductions assez sensibles ayant été opérées pendant la récession des années 90, mais partiellement corrigées depuis lors (tableau 3.3). La prestation représente aujourd'hui 80 % des gains antérieurs (à concurrence d'un plafond égal à 115 % du salaire moyen, bien que les conventions collectives couvrent souvent des gains supérieurs au plafond). Les conventions collectives prévoient souvent un complément qui porte le taux de remplacement total à 100 % au cours des trois premiers mois. L'assurance-maladie est principalement financée sur le produit d'une taxe prélevée auprès des employeurs au titre des salaires versés (environ 12 % des salaires). Une prestation d'assurance-maladie peut être accordée pendant une durée illimitée, mais les récentes modifications ont visé à réduire le nombre de prestations versées pendant plus d'un an.

Tableau 3.3. Évolution du taux de compensation
Indemnité de maladie en pourcentage du revenu (et part à la charge de l'employeur)¹

	Décembre 1987 à février 1991	Mars à décembre 1991	Janvier 1992 à mars 1993	Avril à juin 1993	Juillet 1993 à décembre 1995
Premier jour	90	65	75 (75)	0 (0)*	0 (0)*
2-3 ^e jour	90	65	75 (75)	75 (75)	75 (75)
4-14 ^e jour	90	80	80 (80)	80 (80)	80 (80)
Troisième semaine	90	80	80	80	80
Quatrième semaine	90	80	80	80	80
Jusqu'à 90 jours	90	80	80	80	80
Jusqu'à un an	90	90	90	80	80
Plus d'un an	90	90	90	80	70

	1996	1997	Janvier à mars 1998	Avril 1998 à juin 2003	Juillet 2003 à décembre 2004	Janvier 2005
Premier jour	0 (0)*	0 (0)*	0 (0)*	0 (0)*	0 (0)*	0 (0)*
2-3 ^e jour	75 (75)	75 (75)	80 (80)	80 (80)	77.6 (77.6)	80 (80)
4-14 ^e jour	75 (75)	75 (75)	80 (80)	80 (80)	77.6 (77.6)	80 (80)
Troisième semaine	75	75 (75)	80 (80)	80 (0)	77.6 (77.6)	80 (12)
Quatrième semaine	75	75 (75)	80 (80)	80 (0)	77.6	80 (12)
Jusqu'à 90 jours	75	75	80	80	77.6	80 (12)
Jusqu'à un an	75	75	80	80	77.6	80 (12)
Plus d'un an	75	75	80	80	77.6	80 (12)

* Le jour de franchise peut être en partie évité depuis 1993 en déclarant l'arrêt de travail en cours de journée.

1. Les chiffres entre parenthèses représentent la part que les employeurs doivent légalement prendre en charge. Ils ne comprennent pas les indemnités complémentaires éventuelles (pendant la plus grande partie de cette période, une indemnité complémentaire de 10 % en moyenne a été versée par les employeurs, son montant variant suivant la branche et au fil des ans). Pendant toute la période indiquée dans le tableau, les indemnités du système public ont été plafonnées (mais moins de 10 % des salariés avaient des revenus réguliers supérieurs au plafond et les conventions collectives indemnisent en général la part de la perte de revenu située au delà du plafond). Les caractères gras dénotent un changement par rapport au dispositif antérieur. À compter de 2005, les employeurs prennent en charge 15 % des indemnités en cas d'arrêt total pour maladie, mais pas lorsque l'intéressé travaille une partie du temps ou suit un programme de réadaptation financé par l'employeur.

Source : Office national de la sécurité sociale; OCDE (2003), *Viellissement et politiques de l'emploi* : Suède, Paris.

Une *prestation d'invalidité* peut être servie aux personnes de 30 ans ou plus dont la capacité de travail est réduite de façon permanente. Depuis 2003, la pension d'invalidité est appelée « indemnité de maladie » et est intégrée au système d'assurance maladie (elle faisait auparavant partie du système de pensions). Néanmoins, on continuera dans le présent chapitre de la désigner sous le nom de prestation d'invalidité parce que cette dénomination est plus claire pour les lecteurs non suédois. Elle est également versée en cas d'incapacité partielle, et une indemnité temporaire peut être accordée lorsqu'on s'attend à ce que la capacité de travail soit réduite pendant 1 à 3 ans. Son taux de remplacement, d'environ 64 %, est moins élevé que celui de la prestation de maladie. Les personnes de 19 à 29 ans perçoivent une « indemnité d'activité » qui est pratiquement égale à la pension d'invalidité mais n'est accordée que pendant une durée limitée (trois ans au maximum) et les bureaux d'assurance sociale doivent rechercher des mesures de nature à améliorer la santé ou la capacité physique ou mentale de travail des intéressés.

Dans la pratique, les *accidents du travail* sont intégrés au système d'invalidité et de maladie. Sur le papier, les régimes sont différents, mais ils sont administrés par le même organisme et, comme les autres prestations de sécurité sociale, sont financés au moyen de cotisations patronales. La différence tient au fait que la victime d'un accident du travail

Encadré 3.1. Procédures normales en cas d'arrêt maladie

Le premier jour d'un arrêt maladie est une journée dite « de carence » pendant laquelle l'intéressé ne reçoit en principe ni rémunération ni allocation maladie. Les employeurs financent la prestation de maladie du deuxième au quatorzième jour (puis 15 % de la prestation; voir plus loin). Au bout d'une semaine, un certificat médical doit être fourni. Celui-ci est habituellement délivré par le médecin traitant du travailleur concerné. Au bout de deux semaines, le bureau d'assurance sociale intervient. Il se prononce sur l'éventuelle prolongation des prestations de maladie et sur le degré de réduction de la capacité de travail, à partir du diagnostic médical initial. Une indemnité de maladie peut être versée pendant une période illimitée, aussi longtemps que l'intéressé est incapable de travailler pour cause de maladie et n'a pas été transféré sur le régime d'invalidité ou de réadaptation. L'employeur doit proposer un programme de réadaptation au bout d'un à deux mois (cette démarche peut être effectuée en liaison avec le bureau d'assurance). Intervient alors généralement une réunion entre le travailleur en congé maladie, l'employeur et le bureau d'assurance. Le gouvernement souhaite que ces réunions soient plus fréquentes. Le travailleur en congé maladie peut alors entreprendre une réadaptation (médicale, sociale ou professionnelle). S'il semble probable que sa capacité réduite à travailler durera pendant plus d'un an, l'intéressé se verra attribuer une prestation temporaire ou permanente d'invalidité. En principe, une réévaluation devrait être opérée au bout d'un an d'indemnisation, mais dans le passé, les délais ont été souvent plus longs, et, en tout état de cause, les médecins du bureau d'assurance sociale n'établissent pas un diagnostic médical indépendant. Pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité, une réévaluation doit être effectuée au maximum tous les trois ans. La mise en œuvre du dispositif est cependant inégale, bien que le gouvernement s'efforce d'améliorer le processus pour les congés maladie de longue durée.

bénéficie d'une indemnisation complète (100 %) sous la forme d'une rente qui complète sa prestation de maladie ou d'invalidité (à condition que sa capacité de travail soit durablement réduite).

Le système est géré par l'Agence suédoise d'assurance sociale. Ce nouvel organisme, créé en janvier de cette année, résulte de la fusion des 21 bureaux régionaux d'assurance sociale, le but étant d'améliorer la mise en œuvre du système et d'atténuer les disparités régionales dans la pratique. Les succursales locales sont désormais des bureaux publics, qui peuvent être contrôlés plus directement par les autorités nationales. Les procédures administratives ont été légèrement durcies, en particulier après l'ensemble des réformes qui a été promulgué en juillet 2003 (pour plus de détails, voir l'encadré 3.1 de l'Étude de 2004) mais sont encore moins strictes que dans la plupart des autres pays (voir encadré 3.1 et le reste du présent chapitre).

Qu'est-ce qui se fait dans les autres pays?

Les paragraphes qui suivent passent en revue les expériences menées dans d'autres pays et comparent les méthodes utilisées par la Suède avec les meilleures pratiques internationales. Les principales caractéristiques des différents systèmes de prestations sont comparées dans le tableau 3.4. On notera que, dans l'analyse qui suit, il n'est pas

Tableau 3.4. **Résumé des principales caractéristiques des systèmes d'assurance-maladie**

	Délai de carence (jours)	Niveau des prestations (% de la rémunération antérieure) ¹			Durée maximum (années)	Période à la charge de l'employeur (semaines)	Indice de générosité des prestations ² (OCDE = 100)
		Après environ une semaine	Après environ un mois	Après six mois			
Pays à taux d'absence élevé³							
Suède	1	80	80	80	Illimitée	2⁴	130
Norvège	0	100	100	100	1	2	130
Pays-Bas	0	70	70	70	2	104	111
Belgique	1	100	60	60	1	4	99
Pays intermédiaires							
Finlande ⁵	0	70	70	70	1	0	..
France	3	50	50	51	3	0	95
Canada	..	55	55	0	0.3	..	50
Autriche	3	50	50	60	1	12	95
Royaume-Uni	3	forf. (24)	forf. (26)	0	1	28	80
Australie	..	forf. (22)	forf. (22)	forf. (22)	..	..	122
Danemark	0	50	50	50	1	0	103
Islande	14 ⁶	forf. (23)	forf. (23)	forf. (23)	1	0	..
Suisse	3	80	80	80	2	3	126
Espagne	3	51	64	64	1.5	2	115
Portugal	3	65	65	65	3	0	118
États-Unis	7	100	60	60	1	..	80
Pays à faible taux d'absence							
Allemagne	0	90	90	70	1.5	6	115
Pologne	..	80	100	0	0.5	..	115
Italie	3	50	67	0	0.5	12	84
Irlande	3	forf. (53)	forf. (53)	forf. (53)	Illimitée	0	..
Grèce	3	forf. ⁷ (29)	forf. (54)	forf. (54)	1	0	..

1. Les règles sont complexes. Ces colonnes indiquent les taux de compensation approximatifs du régime public d'assurance sociale pour un travailleur à plein-temps « type ». Dans certains pays comme la Suède, les indemnités sont souvent complétées à hauteur de 100 % de la rémunération par les employeurs pendant une certaine période. S'agissant des indemnités forfaitaires, les chiffres concernent une famille comptant deux enfants et un seul apporteur de revenu touchant le salaire moyen. Voir les sources pour de plus amples détails sur les différents dispositifs.
2. Il s'agit d'un indice synthétique de la générosité des prestations prenant en compte dix aspects différents, dont la couverture, la facilité d'accès, le niveau des prestations, la durée d'indemnisation et la rigueur de l'évaluation médicale. Voir annexe 2 de OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, pour plus de détails.
3. Les pays sont classés par ordre décroissant du taux moyen d'absence pour maladie en 2002.
4. À compter de 2005, les employeurs prennent en charge 15 % de l'indemnité pendant toute la durée du congé de maladie (en cas d'arrêt total).
5. Les chiffres indiqués pour la Finlande tiennent compte de l'indemnité complémentaire versée par l'employeur, à savoir 100 % pendant 3 jours, ce qui élimine en fait le délai de carence. Cette disposition résulte de conventions centrales couvrant tous les salariés.
6. Le délai de carence commence à partir du moment où le médecin a certifié la maladie.
7. À strictement parler, la prestation n'est pas forfaitaire, mais son plafond est vite atteint, si bien que la plupart des personnes reçoivent le montant maximum, soit 29 % du salaire de l'ouvrier moyen, pendant les 15 premiers jours et 54 % ensuite.

Source : Base de données MISSOC-UE (http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc2004_en.pdf); OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, Paris.

toujours fait de nette distinction entre les régimes de maladie à court terme et à long terme, d'invalidité et d'accidents du travail, parce que les pays utilisent des terminologies différentes et parce que les dispositifs se chevauchent très largement.

Améliorer l'administration et le filtrage de l'accès au système

Le versement d'une prestation devrait s'accompagner de certaines obligations pour le malade

Si l'on veut instaurer une culture de l'obligation mutuelle, il faudrait que l'octroi d'une prestation soit fonction de la participation de l'individu concerné à l'emploi, à une réadaptation professionnelle ou à d'autres mesures d'intégration. La participation active de l'intéressé devrait être la contrepartie de la prestation reçue pour que l'assurance-maladie ne puisse pas remplacer trop facilement l'assurance-chômage. Cette obligation devrait être imposée dès le départ. Après avoir passé en revue les différentes mesures à l'intention des personnes malades et handicapées, l'OCDE a conclu que « la mesure la plus efficace contre la dépendance à long terme à l'égard des prestations est l'intervention précoce. Dès que le handicap est constaté, [...] une intervention personnalisée devrait être déclenchée » (OCDE, 2003b, p. 175). Les mesures et le calendrier les mieux adaptés dépendront bien évidemment de la situation particulière de l'intéressé. L'adoption de cette approche implique que les bénéficiaires qui ne coopèrent pas aux efforts de réintégration soient sanctionnés sous une forme ou sous une autre; en Norvège par exemple, le versement des prestations de maladie peut être interrompu si le bénéficiaire refuse les mesures de réadaptation. Si la Suède figure dans le groupe de tête des pays de l'OCDE pour ce qui est d'offrir une réadaptation précoce, elle se place moins bien lorsqu'il s'agit de veiller à ce que les intéressés acceptent effectivement cette offre³. Les personnes âgées devraient également être concernées par les mesures d'activation, notamment si elles risquent de bénéficier de prestations de longue durée. Néanmoins, aucun pays de l'OCDE n'obtient de bons résultats à cet égard. L'administration des prestations destinées aux personnes âgées de plus de 45 ans est habituellement très passive, et vise davantage à assurer une garantie de ressources qu'à permettre au bénéficiaire de réintégrer la population active.

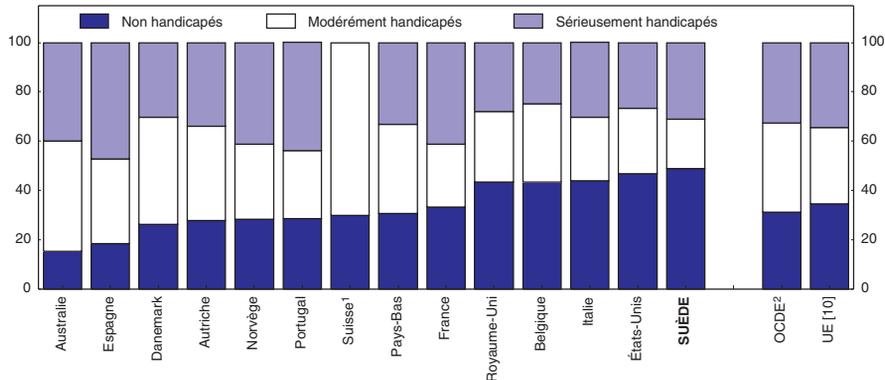
Améliorer les procédures initiales d'évaluation

Une difficulté majeure est de réduire le plus possible aussi bien les erreurs d'exclusion (refus de prestations à ceux qui en ont besoin) que les erreurs d'inclusion (octroi de prestations à ceux qui n'en ont pas besoin). Un filtrage de l'accès aux prestations est donc nécessaire sous une forme ou une autre. Il semble cependant qu'il soit beaucoup plus facile d'obtenir une prestation maladie en Suède que dans la plupart des autres pays. La moitié des Suédois qui reçoivent une forme ou une autre de prestations maladie ou invalidité ne se considèrent pas en fait eux-mêmes comme invalides (graphique 3.6). Qui plus est, les taux d'absence pour maladie évoluent de manière plus cyclique que dans la plupart des pays, autre signe qui montre que l'accès est relativement facile, et peut être même dans certains cas volontaire (tableau 3.5).

La première étape du processus d'évaluation est l'obligation de fournir un certificat médical. En Suède, ce certificat doit être présenté après le septième jour d'absence. En Finlande et en Islande en revanche, un certificat est nécessaire dès le premier jour, et en Allemagne, après le troisième jour. La façon dont les évaluations médicales sont effectivement faites est cependant plus importante. Dans la plupart des pays, l'évaluation – au moins pour les bénéficiaires de prestations de longue durée – est effectuée par des médecins spécialisés des organismes d'assurance et non par le médecin traitant de l'intéressé. Ce n'est pas véritablement le cas en Suède. Les médecins de l'assurance sociale fondent leur avis sur le diagnostic du médecin traitant (OCDE, 2003) et ne réexaminent pas

Graphique 3.6. La moitié des bénéficiaires suédois de prestations maladie ou invalidité ne se considèrent pas comme invalides

Taux d'invalidité des bénéficiaires de prestations d'invalidité, fin des années 90, en pourcentage



1. Personnes sérieusement et modérément handicapées.
2. La Suisse n'est pas prise en compte dans la moyenne.

Source : OCDE, *Transformer le handicap en capacité*, 2003.

Tableau 3.5. Les absences pour cause de maladie sont étroitement liées à la conjoncture en Suède

Corrélation entre les taux d'absence pour maladie et l'écart de chômage

Belgique	-0.82*	Irlande	0.04
Suède	-0.51*	Finlande	0.06
Pays-Bas	-0.47*	Danemark	0.08
Grèce	-0.36	Norvège	0.17
Islande	-0.24	Luxembourg	0.28
Allemagne	-0.23	Autriche	0.28
Suisse	-0.09	Espagne	0.30
Royaume-Uni	-0.03	Italie	0.30
France	0.03	Portugal	0.43

* significatif au seuil de 5 %.

Source : Bonato, Leo et Lusine Lusinyan (2004), « Work Absence in Europe », FMI, Working Paper 04/193.

le patient. Celui-ci peut donc largement peser sur la décision concernant son arrêt de maladie. Selon une étude, dans près de 90 % des cas en Suède, le médecin n'avait proposé de prescrire un arrêt maladie qu'après que le patient l'ait expressément demandé, alors qu'une autre étude constatait que les patients se voyaient rarement refuser un certificat médical s'ils le demandaient⁴. Dans la plupart des pays, les généralistes sont mal placés pour prendre des décisions totalement impartiales parce qu'ils sont fortement tentés de satisfaire un patient qu'ils suivent depuis des années.

Depuis 2003, la Suède a cherché à améliorer les procédures d'évaluation, mais avec un succès jusqu'à présent limité. Une mesure importante a été la décision de supprimer, au début de 2005, le « modèle de Gand », dans le cadre duquel le système était administré par des entités juridiques autonomes et de transformer les bureaux locaux en organismes publics confiés à des fonctionnaires. Ce passage sous la tutelle du gouvernement devrait, avec le temps, permettre un meilleur contrôle et une mise en œuvre plus efficace et uniforme

du système. De fait, les bureaux locaux sont devenus plus stricts au cours des deux dernières années, mais ils doivent encore faire de substantiels progrès dans ce sens. Le taux de refus de prestations de maladie reste très faible, de l'ordre de 1 %⁵. Et même cette amélioration marginale a été difficile à obtenir. Au début de cette année par exemple, le tribunal civil d'Uppsala a condamné le bureau local d'assurance qui avait refusé une indemnité maladie à une personne qui se déclarait incapable de travailler après avoir fait l'objet « d'insultes, de mesures d'intimidation et de harcèlement » de la part de son employeur. Il semble que les esprits aient encore à évoluer pour que l'on juge de l'aptitude d'une personne à travailler en général, et non pas de son aptitude à occuper son emploi antérieur.

S'il est nécessaire de prendre des décisions plus rigoureuses concernant la déclaration initiale de maladie, il est beaucoup plus important de veiller à ce que les courts arrêts de travail ne soient pas prolongés. En Suède, il est facile de faire prolonger un certificat médical et cela peut même se faire dans certains cas par téléphone (bien que, techniquement, cette démarche soit contraire aux règles). Contrairement à la plupart des pays, les généralistes interviennent de façon déterminante dans l'octroi des prestations maladie et invalidité de longue durée. Or ils ne sont pas toujours les meilleurs juges pour déterminer si un malade peut réintégrer la population active. Les arrêts de longue durée sont en majorité liés à des problèmes de dos, de genou ou de maladie mentale qui sont difficiles à diagnostiquer et qui exigent habituellement l'intervention d'un spécialiste pour déterminer le degré de travail que l'intéressé est capable de fournir. C'est la raison pour laquelle la plupart des pays ont renforcé le rôle des inspecteurs médicaux indépendants pour les maladies de longue durée. On a tendance à faire de plus en plus appel à des équipes interdisciplinaires d'experts – y compris des spécialistes professionnels – pour prendre la décision finale concernant l'octroi d'une prestation. Les taux de refus peuvent être élevés, puisqu'ils vont de 17 à 25 % en Norvège et au Danemark jusqu'aux alentours de 50 % en Autriche et au Portugal. Les seuls autres pays où les généralistes jouent un rôle aussi important qu'en Suède sont la Norvège et les États-Unis. Ces deux cas sont révélateurs. La Norvège vient au second rang des pays de l'OCDE pour ce qui est des taux d'absence pour cause de maladie, et l'absentéisme aux États-Unis est plus élevé qu'on pourrait le penser, compte tenu de ce que les prestations sont relativement faibles. L'Australie et la Suisse ont tourné le problème du filtrage de l'accès en exigeant de plus en plus fréquemment un avis médical indépendant supplémentaire. Cette obligation s'applique maintenant aux deux tiers des dossiers, ce qui souligne l'importance d'un deuxième avis. Aucune règle n'interdit de solliciter un avis médical indépendant supplémentaire, mais c'est une pratique extrêmement rare.

La décision d'accorder des prestations d'invalidité de longue durée devrait être prise par un bureau régional ou central, et par des experts plutôt que par des responsables politiques

Un problème supplémentaire tient au fait que les bureaux locaux d'assurance peuvent avoir du mal à porter un jugement impartial, notamment dans les petites collectivités où le demandeur a toutes les chances de connaître le fonctionnaire qui s'occupe de son cas. Certains pays s'efforcent de régler ce problème en préparant localement les décisions concernant les invalidités permanentes, la décision finale étant prise à un niveau plus central par un médecin de l'assurance sociale extérieur à la collectivité considérée. C'est ce qui se passe en Finlande, en Espagne, en Norvège et aux États-Unis par exemple. En Suède, la décision officielle d'accorder des prestations de longue durée est prise par le conseil local

des assurances sociales, qui est composé de responsables politiques locaux. Il ne comprend pas de représentant de l'assurance ni de médecin, mais sa décision se fonde sur les recherches faites par le bureau d'assurance sociale. La Suède est le seul pays de l'OCDE qui utilise ce genre de système. Certains autres pays font également appel à des groupes indépendants pour prendre la décision finale (Italie, Suisse et Portugal par exemple), mais dans tous les cas ce groupe comprend des médecins ou des experts de la réadaptation professionnelle.

Il est nécessaire de suivre et de réexaminer régulièrement les dossiers

Une fois la prestation accordée, il faudrait réexaminer régulièrement le dossier pour déterminer si la condition physique ou la capacité de travail de l'intéressé se sont modifiées. En d'autres termes, les prestations d'assurance-maladie ne devraient normalement être accordées que pour une durée déterminée. Une certaine flexibilité est manifestement nécessaire à cet égard, dans la mesure où il est inutile de réexaminer un dossier si l'invalidité de l'intéressé est véritablement permanente. Dans certains pays, et notamment dans les pays scandinaves, les prestations sont plus ou moins permanentes parce que les réexamens sont rares, même s'ils sont théoriquement possibles à n'importe quel moment. Comme cela est indiqué dans l'encadré 3.1, un examen de contrôle doit avoir lieu au bout d'un an de congé de maladie, mais ce délai a rarement été respecté jusqu'ici. Les prestations d'invalidité doivent être réévaluées au maximum tous les trois ans, mais là encore, cette règle n'a guère été respectée. En outre, aucune de ces réévaluations ne s'appuie sur un avis médical indépendant. Le réexamen des droits à prestations intervient de manière plus régulière et plus systématique dans certains autres pays : tous les deux ou trois ans en Autriche, en Allemagne et en Italie par exemple, et dans un délai de moins de cinq ans en Australie et aux Pays-Bas. Dans la plupart des pays cependant, la différence est importante entre la règle inscrite sur le papier et son respect dans la pratique. Néanmoins, l'expérience néerlandaise montre que les évaluations de suivi peuvent être utiles. Au milieu des années 90, tous les bénéficiaires de moins de 45 ans (y compris ceux qui s'étaient vu précédemment accorder une indemnisation permanente) ont fait l'objet d'un réexamen, et cet exercice a entraîné des reclassifications ou des suppressions de prestations dans un tiers des cas (OCDE, 2003b). Les autorités s'emploient manifestement à améliorer le processus de réévaluation, et l'expérience internationale révèle qu'il serait utile d'intensifier les efforts dans ce domaine.

Des vérifications aléatoires occasionnelles auprès des bénéficiaires de l'assurance-maladie peuvent être un moyen efficace de déterminer si la santé de l'individu s'est améliorée et de lutter contre les abus. Cette pratique peut paraître sévère, mais elle est courante dans d'autres pays européens (par exemple, l'Autriche, la Belgique, la France et l'Italie), et dans certains pays, des contrôles peuvent être effectués à la demande de l'employeur. De tels contrôles ont fait partie de la stratégie suédoise jusque pendant les années 80, mais depuis lors, les bénéficiaires de prestations n'ont pratiquement plus fait l'objet de suivi. Chaque pays doit prendre ses propres décisions sur la conduite à tenir, mais l'absence totale de contrôle est sûrement trop permissive – et va manifestement à l'encontre de la culture de l'obligation mutuelle qu'appliquent les autorités suédoises à l'égard des chômeurs.

Le recours au congé maladie partiel doit être attentivement surveillé

Le gouvernement privilégie de plus en plus les prestations partielles ou à temps partiel. Théoriquement, la décision d'accorder une prestation partielle devrait dépendre du volume de travail que l'individu malade est en mesure de fournir. Dans la pratique, elle est fondée sur le volume de travail qu'il effectue réellement (pratiquement toutes les personnes recevant une prestation partielle travaillent à temps partiel). Il est difficile de dire si les prestations partielles sont ou non une bonne idée. Elles risquent d'attirer un nombre croissant de travailleurs vers le régime de l'assurance-maladie, notamment des travailleurs âgés qui peuvent souhaiter réduire leurs horaires de travail pour améliorer leur qualité de vie. Une prestation partielle devient alors un complément de revenu pendant le passage progressif à la retraite anticipée. S'ils ne pouvaient pas bénéficier d'une prestation partielle, certains de ces individus continueraient de travailler à temps plein, mais d'autres se retireraient totalement de la population active et recevraient à la place une prestation à taux plein. Il est difficile de savoir lequel de ces deux effets serait le plus important. Néanmoins, si l'on en juge d'après l'expérience internationale, les pays qui mettent davantage l'accent sur les prestations partielles se caractérisent généralement par des taux particulièrement élevés de bénéficiaires de prestations (encore que la relation de cause à effet pourrait jouer en sens inverse : les pays où les taux d'inscription au régime d'assurance-maladie sont élevés peuvent tenter d'y remédier en encourageant des prestations partielles). Ceci explique en partie pourquoi le Danemark a suivi une stratégie inverse de la Suède, en remplaçant les prestations partielles par des subventions salariales (« flexjobs »). La Suède doit donc surveiller attentivement la façon dont les prestations partielles sont utilisées, compte tenu notamment du fait que le nombre de ces prestations est monté en flèche depuis 1999, mais sans guère de réduction apparente du nombre de nouveaux titulaires de prestations à taux plein.

Des règles flexibles peuvent aider à surmonter les pièges de l'indemnisation

Il importe que les règles régissant les prestations soient suffisamment flexibles pour que les personnes qui en bénéficient puissent tenter de retrouver une activité sans devoir s'inquiéter de recommencer toute la procédure administrative si leur tentative échoue et si elles ont besoin de demander à nouveau une indemnisation. La Suède est un précurseur à cet égard. Une pension d'invalidité peut être maintenue pendant deux ans au plus, et elle continue d'être versée pendant les trois premiers mois qui suivent la reprise d'une activité. Le problème est que peu d'individus utilisent cette possibilité. Au cours des deux années qui ont suivi la mise en place de ce dispositif (en 2000), moins de 0.5 % des bénéficiaires ont cherché à reprendre une activité. Ce manque d'intérêt pourrait tenir à ce que les taux de compensation de la perte de revenu sont suffisamment élevés pour que la plupart des individus percevant des pensions d'invalidité ne soient guère tentés de réintégrer durablement la population active. Il va de soi qu'il en serait également ainsi s'ils sont en fait trop malades pour travailler.

Le durcissement de l'administration des prestations aux Pays-Bas

Confrontés à des problèmes comparables à ceux de la Suède, les Pays-Bas ont profondément remanié leurs systèmes d'assurance-maladie et d'invalidité. L'amélioration du filtrage de l'accès et de l'administration du système a été la principale mesure prise, ainsi que la modulation des cotisations patronales. Aussi bien les employeurs que les salariés doivent respecter des obligations plus strictes dès le tout début de la période de

maladie, notamment en ce qui concerne la réadaptation. Lorsque le travailleur demande ultérieurement à sortir de l'assurance-maladie pour passer au régime d'invalidité, le bureau d'assurance sociale peut refuser sa requête s'il pense que les efforts de réadaptation n'ont pas été suffisamment sérieux. Les médecins de l'assurance sociale disposent également de moins de latitude pour autoriser l'octroi de prestations d'invalidité partielle, le filtrage de l'accès étant désormais davantage fondé sur des règles. Le régime d'assurance-maladie a été privatisé, les employeurs étant désormais chargés de financer les deux premières années d'indemnisation, et à partir de l'an prochain, le régime de l'invalidité partielle fera lui aussi l'objet d'une certaine privatisation (les employeurs ayant la possibilité de choisir entre une assurance publique, une assurance privée ou pas d'assurance). Ces mesures ont toutes contribué à faire fortement reculer les congés de maladie, qui sont désormais moins nombreux qu'en Suède pour la première fois depuis longtemps (OCDE, 2004). Les entreprises sont en mesure de réassurer les risques auxquels elles sont exposées dans le cadre du régime d'assurance-maladie, mais il est intéressant de noter que leurs incitations ne semblent pas pour autant s'être affaiblies : une fois tenu compte de facteurs tels que la dimension de l'entreprise, le taux d'absentéisme a été pratiquement le même pour les entreprises réassurées et les autres (de Jong et Lindeboom, 2004). Ceci donne à penser que l'antisélection – les « mauvaises » entreprises seraient les seules à choisir de se réassurer – n'a pas été un problème significatif sur le marché de l'assurance privée⁶.

Renforcer les incitations des employeurs

Pendant combien de temps les employeurs devraient-ils être responsables?

Ces dernières années, la plupart des pays ont renforcé les obligations imposées aux employeurs pour les encourager à investir dans des mesures de prévention et de maintien des effectifs. En fait, les employeurs ont dû prendre à leur charge les deux ou trois premières semaines d'assurance-maladie depuis 1992 (sauf pendant une brève période en 1997 où ils ont couvert tout le premier mois). Les pratiques varient largement, mais essentiellement lorsque la période à la charge de l'employeur est courte (tableau 3.4), raison pour laquelle cette diversité ne paraît guère avoir eu d'incidence jusqu'à présent⁷. Ainsi, les employeurs des pays germaniques financent de 1 à 3 mois d'assurance-maladie, tandis que les obligations de leurs homologues étrangers peuvent durer jusqu'à six mois (comme au Royaume-Uni) ou deux ans (comme aux Pays-Bas).

La responsabilité des employeurs concernant la prise en charge des prestations de maladie a été profondément modifiée cette année. Outre le paiement des deux premières semaines (alors qu'ils étaient jusque là responsables du versement des trois premières semaines d'indemnisation), les employeurs doivent désormais acquitter 15 % du coût des prestations pendant tout le reste du congé de maladie. En échange, l'impôt sur la masse salariale a été abaissé de telle sorte que les coûts de main-d'œuvre pour les employeurs devraient globalement être pratiquement inchangés. Cette participation au financement des prestations de maladie ne s'applique pas si le travailleur malade est en réadaptation ou travaille à temps partiel, et la responsabilité des employeurs cesse si le salarié se voit reconnaître une invalidité permanente. Le but est d'inciter plus fortement les entreprises à éviter les accidents du travail et à prendre plus rapidement des mesures de réadaptation. Néanmoins, il est difficile de savoir si c'est là la meilleure marche à suivre. Le problème essentiel est le profil temporel optimal des obligations financières des employeurs, et notamment de savoir s'ils devraient être totalement déchargés de leurs responsabilités à un moment ou à un autre. Il est difficile de dire s'il serait préférable que les entreprises

prennent à leur charge l'intégralité de la prestation pendant une période plus longue mais limitée (par exemple 3 mois) ou qu'elles versent indéfiniment 15 % de son montant. La première formule serait peut-être un meilleur moyen d'atteindre le principal objectif du gouvernement, qui est de régler le plus rapidement possible les problèmes du travailleur malade, parce que les entreprises pourraient sensiblement réduire leurs coûts en encourageant le salarié à participer sans tarder à un programme de réadaptation professionnelle. Avec l'autre formule, l'urgence est moindre car l'économie nette réalisée par les entreprises peut être très faible (elles évitent la participation de 15 % à la prestation de maladie mais doivent financer le programme de réadaptation)⁸. La deuxième question – savoir si l'entreprise devrait être progressivement déchargée de toute responsabilité – dépend dans une large mesure du nombre de malades de longue durée qui reprennent une activité. Si la longue maladie est essentiellement un marche-pied vers le régime d'invalidité permanente ou vers une retraite anticipée, les obligations de l'employeur alourdissent simplement les coûts moyens de main-d'œuvre au lieu d'améliorer les incitations à la marge. Pour ces différentes raisons, il aurait peut-être été préférable que le gouvernement étende au-delà de 21 jours la période incombant pleinement à la responsabilité des employeurs, mais qu'il fixe une durée limite précise à la fin de laquelle le système public d'assurance-maladie prendrait la relève. Une commission gouvernementale a recommandé en 2000 des modifications dans ce sens (allongement à 60 jours de la période à la charge de l'employeur et abaissement de la taxe sur la masse salariale), mais la proposition a été rejetée par les partenaires sociaux.

Faire participer les employeurs à la réadaptation professionnelle

La participation active des employeurs peut être un moyen efficace d'assurer le succès de la réintégration. Il existe à cet égard différentes méthodes, depuis la simple persuasion et des actions relatives à la santé en milieu professionnel jusqu'à des quotas d'emploi obligatoires. Les employeurs suédois sont tenus de préparer des programmes de réadaptation, et à cet égard la Suède offre un exemple de bonne pratique que l'on ne retrouve pas dans beaucoup d'autres pays. Néanmoins, nombre d'employeurs négligent leurs obligations. Pour que celles-ci soient mieux respectées, il est nécessaire de donner aux employeurs des moyens d'établir des programmes raisonnables (par exemple, en leur apportant une aide mieux ciblée), de suivre la mise en œuvre de ces programmes et leur incidence et de prévoir des sanctions en cas de non-respect. Dans le même temps, le bureau d'assurance sociale devrait être doté de pouvoirs élargis pour intervenir lorsqu'un travailleur refuse une réadaptation. De plus, le simple fait d'insister davantage sur le suivi et l'encadrement des salariés peut avoir des résultats étonnants. Chez Svenska Statoil par exemple, tous les salariés en congé maladie de longue durée et ceux qui ont eu plus de cinq congés maladie au cours d'une année devaient rencontrer un administrateur et un membre de la division des ressources humaines. Le taux d'absentéisme a diminué de moitié entre 2001 et 2004 (Personnel Today, 2004).

Évaluer les risques au niveau des secteurs ou des employeurs

Dans la plupart des pays, il existe une forme ou une autre d'évaluation des risques dans les différents secteurs, au moins pour les accidents du travail, même si les taux de cotisation à l'assurance-maladie diffèrent également dans certains cas. La Suède est l'un des rares pays qui appliquent la même prime à tous les secteurs, bien que les taux d'absentéisme soient assez variables suivant les branches (tableau 3.6). Cela réduit

Tableau 3.6. Les taux d'absence pour cause de maladie varient sensiblement entre les secteurs

Nombre moyen de jours de maladie par travailleur de 30 à 64 ans dans les établissements comptant au moins 30 salariés en 1991

Électricité et gaz	13
Construction	15
Commerce	18
Industries extractives	18
Administration publique	20
Industries manufacturières	22
Secteur bancaire et financier	27
Santé et accueil des enfants	28
Transports	30
Total	25

Source : Arai, Mahmood et Peter Skogman Thoursie (2004), « Sickness Absence: Worker and Establishment Effects », *Swedish Economic Policy Review*, 11, 9 28.

l'incitation à chercher à faire baisser les accidents de travail et subventionne implicitement l'emploi dans les secteurs à haut risque. Il pourrait être bon d'introduire une évaluation des secteurs en fonction des risques, même si dans un premier temps on pourrait la limiter aux accidents et maladies clairement liés à l'activité professionnelle.

Il est moins fréquent de fixer les primes d'assurance en fonction du comportement passé de l'entreprise, même si cela se fait dans une demi-douzaine de pays de l'OCDE. La modulation des primes en fonction de l'expérience individuelle incite fortement les entreprises à tenter de réduire les accidents du travail et à réintégrer leurs salariés. Les entreprises néerlandaises se voient appliquer des primes différentes selon qu'elles sont plus ou moins bien parvenues à réduire l'absentéisme, et les primes dans ce pays se sont différenciées au fil des ans (OCDE, 2004). Dans le cadre du programme néo-zélandais relatif aux accidents du travail, les entreprises dans lesquelles la sécurité est satisfaisante et qui peuvent prouver qu'elles ont pris d'importantes mesures pour réduire les risques auxquels sont soumis leurs salariés, ou qui ont activement participé à la réadaptation de leurs employés, peuvent négocier de fortes réductions de leurs primes. Bon nombre d'entreprises ont de ce fait activement cherché à améliorer les conditions de travail.

La Suède pourrait envisager une approche comparable. La participation de 15 % au paiement des indemnités de maladie introduit une certaine différenciation entre les entreprises dans la mesure où celles où le nombre de congés maladie est particulièrement élevé paient davantage, mais ceci équivaut à une franchise en termes d'assurance, plus qu'à une prime modulée en fonction de l'expérience passée. Dans un premier temps, la Suède pourrait envisager de fixer des taux différents de cotisations à l'assurance-maladie pour les employeurs publics et privés. L'absence pour cause de maladie est plus fréquente d'un tiers dans le secteur public. Il semble que cette situation ne puisse qu'en partie s'expliquer par le fait que le secteur public emploie davantage de femmes relativement âgées⁹ – mais il faut bien admettre qu'il est difficile de dire précisément comment varie le taux d'absentéisme suivant les branches, si l'on tient compte de caractéristiques individuelles comme le sexe et l'âge; des recherches plus poussées seraient nécessaires pour permettre aux décideurs de déterminer si une modulation des primes serait utile.

Le principal inconvénient potentiel des primes modulées en fonction de l'expérience passée est qu'elles incitent les employeurs à éviter d'embaucher des individus susceptibles d'être malades à l'avenir (antisélection). Cette incitation existe cependant déjà depuis l'institution de la participation de 15 % aux prestations de maladie et elle peut de toute façon être atténuée ou évitée. On pourrait à cet effet exclure les groupes à risques particulièrement élevés, tels que les anciens bénéficiaires de pensions d'invalidité et les personnes ayant eu de nombreux arrêts pour cause de maladie (comme aux Pays-Bas). De fait, la Suède applique déjà cette méthode, dans la mesure où les employeurs peuvent éviter de payer la prestation de maladie si le travailleur a bénéficié préalablement d'une protection spéciale pour risque élevé. Une possibilité supplémentaire est d'interdire l'examen détaillé du passé médical d'un candidat à un travail, comme cela a été fait aux Pays-Bas et dans une certaine mesure au Royaume-Uni.

Prévoir un dispositif distinct pour les accidents du travail

Les obligations financières des employeurs diffèrent selon qu'il s'agit de programmes visant les accidents du travail ou de programmes généraux de maladie/invalidité. C'est la raison pour laquelle les deux catégories de risques sont dissociées dans la plupart des pays. La structure de financement est distincte (le coût des accidents du travail devrait être intégralement supporté par l'employeur) et le niveau minimum d'invalidité est différent (des réductions même mineures de la capacité à travailler du fait d'un accident du travail devraient être intégralement compensées). La méthode utilisée en Suède, qui combine dans une large mesure les deux systèmes, est inhabituelle et a pour résultat qu'à la marge les employeurs paient peut-être trop peu pour les accidents du travail, et trop pour les congés de maladie dont ils ne sont pas responsables. Le fait que les employeurs n'aient pas pris de réassurance privée pour couvrir les coûts qu'ils étaient susceptibles de devoir supporter dans le cadre des règles antérieures tend à confirmer cette impression. Il serait préférable de séparer les systèmes, en fondant le programme relatif aux accidents du travail sur la liste internationalement acceptée de l'OIT des maladies professionnelles. Le dispositif relatif aux accidents du travail devrait être géré selon des règles différentes et avoir un financement différent, mais le maintien d'une certaine coordination avec l'assurance-maladie ne serait peut-être pas inutile parce qu'un malade aura besoin du même type d'aide et de réadaptation, que l'atteinte à sa santé soit ou non d'origine professionnelle.

L'imposition de coûts supplémentaires aux employeurs risque d'avoir des effets pervers à moins que l'on ne réforme d'autres éléments du système

Toute mesure ayant pour résultat d'imposer des coûts aux employeurs appelle une sérieuse mise en garde. Pour que les mesures soient efficaces, il faut que les entreprises soient à même d'agir pour réduire les absences pour cause de maladie. Faute de quoi, la responsabilité financière qu'on leur impose a simplement pour effet d'alourdir les coûts de main-d'œuvre et peut avoir une incidence négative sur l'emploi. Les incitations seront particulièrement fortes lorsque l'employeur peut escompter un bénéfice marginal accru s'il réduit l'absentéisme et s'il dispose de certains moyens pour agir. Cela signifie que parallèlement à l'imposition de responsabilités supplémentaires aux employeurs, il faut procéder à d'autres réformes améliorant l'administration des prestations et réduisant la tentation des salariés de détourner le système de son objectif. L'imposition aux entreprises de responsabilités de réadaptation professionnelle et d'une participation de 15 % au financement des prestations de maladie aura d'autant plus de chances d'être efficace que

le gouvernement se rapprochera davantage des modes de filtrage de l'accès et d'amélioration de la gestion examinés dans le présent chapitre.

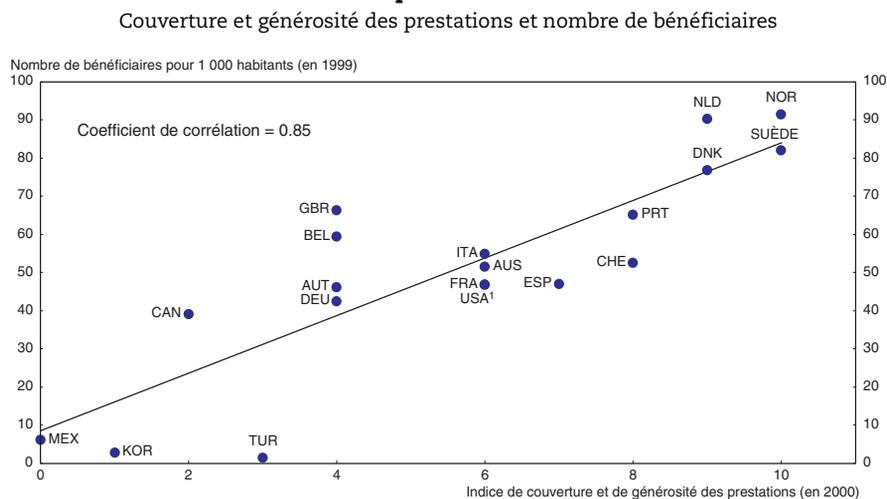
Par ailleurs, les réformes seraient plus efficaces si les règles relatives à la protection de l'emploi étaient dans le même temps assouplies. L'expérience d'autres pays montre qu'une stricte protection de l'emploi entraîne une augmentation des absences¹⁰. L'expérience de la Suède conduit à la même conclusion : la probabilité pour les travailleurs recrutés sur contrat temporaire d'être absents pour cause de maladie est moitié moindre que pour les salariés permanents (Meyer et Wallette, 2005). Qui plus est, le congé de maladie est dans une certaine mesure utilisé comme moyen de tourner les règles qui rendent plus difficile le licenciement des travailleurs âgés. En renforçant les obligations des employeurs en cas d'absences pour cause de maladie, on alourdira le coût effectif de ces règles de protection de l'emploi, de sorte que les entreprises seront moins désireuses d'embaucher. C'est pour des raisons analogues que l'Autriche et l'Allemagne ont récemment assoupli les règles spéciales concernant le licenciement des travailleurs invalides, réalisant qu'elles étaient plus préjudiciables qu'autre chose aux travailleurs âgés.

Restructurer les systèmes de prestations pour réduire le plus possible les contre-incitations au travail

Veiller à ce que le système d'assurance-maladie et invalidité ne soit pas trop généreux

Il ne fait pas de doute que des niveaux élevés de prestations réduisent l'incitation au travail. Comparant la situation de différents pays, l'OCDE (2003b) a constaté que les niveaux et la couverture des prestations sont les deux variables qui permettent le mieux de prévoir les taux de maladie et d'invalidité (graphique 3.7). À partir d'une étude économétrique plus rigoureuse de l'absentéisme dans les pays européens, Bonato et Lusinyan (2004) montrent que le niveau des prestations a une nette incidence sur le taux d'absence et que l'élasticité est particulièrement forte en Suède. Selon ces auteurs, une réduction de 10 points de pourcentage du taux de compensation assuré par

Graphique 3.7. **La couverture et la générosité déterminent le taux de bénéficiaires de prestations**



1. Même valeur pour les États-Unis et la France.

Source : OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, Paris.

l'indemnisation ferait reculer les absences d'environ 11 % en Suède. Un simple coup d'œil permet de constater le lien existant dans ce pays entre les niveaux de prestation et le taux d'absence. À la fin des années 80 et au début des années 90, les taux de compensation assurés par les prestations étaient de l'ordre de 100 %. Les niveaux de prestations ont été réduits tout au long de la première moitié des années 90, et un délai de carence d'une journée a été introduit en 1993. Le nombre d'absences pour cause de maladie a fortement reculé, notamment après 1993. En 1998, les taux de compensation des prestations ont à nouveau augmenté, notamment pour les absences de longue durée pour lesquelles le taux est passé de 75 à 90 %. Vers la même époque, la fréquence des maladies de longue durée a commencé à s'accroître de manière spectaculaire. Ceci ne veut pas dire que le niveau des prestations ait été le seul facteur responsable. Néanmoins, diverses études prenant en compte d'autres facteurs confirment également que les modifications de la générosité des prestations ont eu de puissants effets sur le comportement passé en matière de congés de maladie. Henrekson et Persson (2004), par exemple, concluent que « lorsque l'on accroît la générosité du système d'assurance, le nombre global de jours d'absence pour cause de maladie augmente, et lorsque le système est rendu plus rigoureux, ce nombre recule »¹¹.

Plus le système est généreux, plus le risque d'aléa moral est élevé. De nombreuses études suédoises démontrent que l'aléa moral et le recours abusif au système d'assurance-maladie sont des problèmes non négligeables (par exemple, les taux d'absence des hommes sont plus élevés le jour de leur anniversaire ou à l'occasion d'importants événements sportifs – voir Skogman Thoursie, 2002 et 2005). C'est l'une des raisons pour lesquelles les pays ayant les régimes d'assurance-maladie et d'invalidité les plus généreux doivent veiller à ce que les prestations ne soient versées qu'aux individus qui en ont véritablement besoin. La Finlande et l'Allemagne par exemple ont l'une et l'autre des niveaux de prestations relativement généreux mais leurs procédures de filtrage sont plus strictes et les interventions sont plus précoces qu'en Suède. En conséquence, leurs taux d'absence sont nettement plus faibles.

Prévoir un délai de carence supérieur à une journée

Afin de réduire l'aléa moral, les polices d'assurance optimales prévoient généralement une « franchise » à la charge de l'assuré. Dans le cas de l'assurance-maladie, ceci correspond au délai de carence avant le début du versement des prestations. En Suède, ce délai est d'une journée, ce qui est peu par rapport à la norme européenne qui est de trois jours (tableau 3.4), et qui peut même atteindre 9 ou 14 jours (en Finlande et en Islande respectivement). L'expérience de la Suède montre que le jour de carence a une forte incidence sur le taux d'absence. Lorsque cette journée a été supprimée entre 1987 et 1991, ce qui permettait à la plupart des travailleurs de se déclarer malades sans perte de salaire, le nombre d'absences d'une ou deux journées est monté en flèche¹². En 1992, la journée de carence a été rétablie; cette mesure, parallèlement à une baisse du taux de compensation, a entraîné une forte chute des congés de courte durée.

Faire en sorte que les prestations de maladie et d'invalidité soient coordonnées avec les autres éléments du système de sécurité sociale

Les prestations de maladie et d'invalidité sont souvent utilisées comme moyen d'accéder à la retraite anticipée. La Suède a veillé à concevoir un système de pension flexible dans lequel le taux de la prestation comporte une décote actuarielle en cas de retraite anticipée. Bien que cette mesure soit théoriquement attrayante, elle n'a guère

d'effet parce qu'il est facile de quitter la population active en bénéficiant d'une pension de maladie ou d'invalidité. Le nombre de personnes faisant valoir leurs droits à une retraite publique avant 65 ans est relativement faible. Les travailleurs âgés bénéficient fréquemment d'une assurance-chômage ou maladie pendant un an ou deux avant de prendre leur retraite (lorsqu'ils atteignent 65 ans) ou demandent à passer sous le régime de l'invalidité : un tiers des personnes âgées de 65 ans percevaient avant cet âge une pension d'invalidité. Pour la plupart des travailleurs, il est financièrement très tentant d'accéder à la retraite anticipée par le biais de l'assurance-maladie. Pour un travailleur de 55 ans bénéficiant de revenus moyens, la valeur actualisée nette de son revenu futur s'il prend sa retraite par le biais des assurances prévues sur le marché du travail est plus de deux fois supérieure à celle du revenu qu'il percevrait en utilisant la voie classique des systèmes publics et professionnels de retraite (Palme et Svensson, 2003)¹³. L'une des raisons en est qu'à la différence des retraites, les prestations ne sont pas actuariellement réduites avant 65 ans. Un autre facteur, peut-être plus important encore, est que les prestations de maladie et d'invalidité sont comptabilisées comme revenu ouvrant droit à pension. Un travailleur a donc tout intérêt à prendre sa retraite en bénéficiant d'une prestation, ce qui permet de continuer à accumuler des droits à pension, laquelle sera versée à partir de 65 ans.

Certains pays ont commencé à s'attaquer à ce type de problèmes dans leurs propres systèmes d'invalidité et de retraite. Ainsi, en Autriche et en Allemagne, les prestations font l'objet d'une décote actuarielle pour les bénéficiaires âgés afin de tenter de préserver la coordination des différents systèmes de garantie de ressources. Au Portugal, en Pologne et en Espagne, le revenu du travail compte plus que le revenu des prestations pour le calcul des pensions à cotisations définies¹⁴. Sur la base de l'expérience observée à l'étranger, il n'est probablement pas réaliste d'espérer une forte hausse de l'offre de main-d'œuvre – même si l'accession à la retraite anticipée par le biais de l'invalidité était partiellement supprimée – dans la mesure où la plupart des personnes âgées souhaitent cesser leur activité et choisiront la meilleure passerelle possible à cet effet. La différence est cependant que si elles choisissent de prendre une retraite anticipée dans le cadre du régime de pensions, elles devront assumer le coût de ce choix et ne le feront pas supporter par le contribuable.

Enfin, il y a lieu de noter que bon nombre d'individus ont avantage à demander à bénéficier d'une assurance-maladie plutôt que d'une assurance-chômage parce que l'assurance-maladie a un plafond plus élevé (115 % du salaire moyen, contre environ 90 % pour l'assurance-chômage). Il serait bon d'aligner les deux systèmes, comme l'a recommandé la Commission Lindbeck il y a plus de dix ans¹⁵.

Encadré 3.2. Résumé des recommandations

Compte tenu de l'ampleur du problème en Suède, de vastes réformes sont nécessaires dans plusieurs domaines. Rares sont les recommandations qui, mises en œuvre isolément, pourraient atténuer sensiblement le problème de l'absentéisme. Globalement, en revanche, il en irait autrement. L'essentiel est d'instaurer une culture de l'obligation mutuelle, avec des responsabilités précises pour le malade, l'employeur et le bureau d'assurance sociale.

Responsabilités du bureau d'assurance sociale

Améliorer le processus d'évaluation. Exiger plus rapidement un certificat médical. Reconsidérer plus fréquemment l'éligibilité, et pratiquer à nouveau des contrôles aléatoires occasionnels. Les médecins de l'assurance sociale devraient procéder à une évaluation médicale indépendante, éventuellement après quelques semaines, mais sûrement avant d'accorder une indemnisation permanente pour invalidité. La décision d'accorder une telle indemnisation devrait être prise par un groupe d'experts de l'assurance sociale et de la réadaptation, et non par les responsables politiques locaux.

Suivre attentivement la façon dont les prestations partielles sont utilisées pour veiller à ce qu'elles ne constituent pas simplement un complément de revenu pour les personnes qui veulent réduire leurs horaires de travail. Permettre aux personnes bénéficiant de prestations partielles de changer plus facilement d'employeur.

Responsabilités de l'employeur

Accroître les responsabilités financières des employeurs, mais seulement si d'autres aspects du système sont également durcis. Suivre leur comportement à la suite de l'instauration de la participation de 15 % au financement des prestations. Si cette mesure n'a pas l'effet prévu, la remplacer par une participation plus élevée mais de durée limitée (par exemple, le financement intégral des deux ou trois premiers mois de maladie). Faire participer les employeurs à la réadaptation professionnelle et veiller à ce que celle-ci commence plus rapidement. Peser les risques au niveau de l'employeur ou du secteur. Dans un premier temps, la prime pourrait être différenciée selon qu'il s'agit du secteur public ou du secteur privé.

Isoler le régime des accidents du travail et le faire intégralement financer par les employeurs. Voir s'il est possible de confier la gestion de ce système au secteur privé. En négociant les accords relatifs au marché du travail, veiller à ce que ces accords n'aillent pas au-delà des objectifs des autorités (en accordant par exemple des compléments de prestations).

Les réformes seraient plus efficaces et auraient moins d'effets secondaires si les règles relatives à la protection de l'emploi étaient également assouplies.

Responsabilités du malade

Mettre davantage l'accent sur les mesures actives – dans la plupart des cas, le versement d'une prestation devrait être liée à la participation de l'intéressé à l'emploi, à un programme de réadaptation professionnelle ou à d'autres mesures d'intégration.

Ne pas limiter à une seule journée le délai de carence. Les prestations de maladie et d'invalidité ne devraient pas être comptabilisées comme revenu ouvrant droit à pension (au moins au-delà d'un certain âge) afin de réduire l'incitation à utiliser ces prestations comme passerelle vers la retraite anticipée. Aligner les plafonds de l'assurance-maladie et de l'assurance-chômage.

Si toutes les autres réformes ne parviennent pas à faire sensiblement reculer l'absentéisme, peut-être faudra-t-il en dernier ressort réduire la générosité des prestations.

Notes

1. Les estimations présentées dans le graphique 3.1 sont tirées de l'Enquête européenne sur les forces de travail réalisée au printemps. Les absences ont continué de baisser en Suède pendant la fin de 2004, si bien que les chiffres annuels seront sans doute moins élevés.
2. Deux explications sont couramment avancées pour expliquer le caractère proconjuncturel de ces absences. Premièrement, un fort chômage tend à discipliner le comportement des travailleurs, qui hésitent davantage à demander des congés de maladie pour des problèmes de santé mineurs. Deuxièmement, un marché du travail tendu peut attirer des travailleurs marginaux dont les taux d'absentéisme risquent d'être plus élevés. Rien ne permet d'affirmer que l'état de santé proprement dit varie au cours du cycle, du fait par exemple de la charge de travail en période de forte expansion.
3. En 2003, moins d'un bénéficiaire sur cinq de prestations maladie de longue durée (plus de 60 jours) suivait un programme de réadaptation. Et lorsque c'était le cas, ces programmes duraient en moyenne 100 jours.
4. Voir Englund et Svärdsudd (2000) et Granvik (1998).
5. De mars à septembre 2003, 2 741 demandes de nouvelles prestations ou de prolongement d'une prestation existante ont été refusées. En taux annuel, ceci correspond à quelque 2 % du nombre total de bénéficiaires de prestations maladie et donc à 1 % des nouvelles inscriptions au système, étant donné que la durée moyenne est de l'ordre de six mois. Voir Dagens Nyheter (2005).
6. Le marché de l'assurance privée a évolué au fil du temps, l'éventail des taux de prime entre les entreprises s'élargissant au cours des deux dernières années. Lorsque les prestations de maladie ont été privatisées pour la première fois en 1996, à peu près la moitié des entreprises ont opté pour une assurance privée. Les compagnies d'assurance se sont livrées à une féroce concurrence pour attirer des clients les premières années, de sorte que les primes étaient nettement inférieures au niveau qui aurait été nécessaire pour couvrir les coûts. Il est difficile de savoir quel impact la privatisation a eu au tout début parce qu'elle a coïncidé avec une phase d'expansion conjoncturelle et parce que l'absentéisme tend à s'élever lorsque le marché du travail est tendu (voir tableau 3.5). Les assureurs ont commencé à ajuster les primes en 2000 et 2001 après avoir subi de lourdes pertes, et les taux de prime sont devenus nettement plus diversifiés selon les entreprises.
7. Voir Statens Folkhälsoinstitut (2003) et Hytti (2003).
8. On pourrait faire valoir que la réadaptation ne devrait pas commencer trop rapidement étant donné la lourde perte d'efficacité qui résulterait du financement d'un programme qui sera inutile à bon nombre de travailleurs parce que ces derniers reprendront leur activité suffisamment tôt. Cet argument est peut être valable, mais il conduit à s'interroger sur l'objectif fondamental qui est de viser à encourager une intervention rapide; il ne répond pas à la question de savoir si, pour atteindre l'objectif, un coût élevé au départ serait préférable à une participation uniforme de 15 %.
9. L'une des raisons pourrait en être les différences de sexe et d'âge : le secteur public emploie plus de femmes et de personnes âgées, deux groupes qui tendent à élever les taux de maladie (Olsson, 2003). Ce facteur est compensé dans une certaine mesure par la différence des niveaux moyens d'instruction. Selon Arai et Skogman Thoursie (2004), d'importantes différences subsistent entre les entreprises et entre les secteurs même après avoir tenu compte des caractéristiques individuelles.
10. Selon une étude italienne par exemple, l'absentéisme fait plus que doubler dès qu'un travailleur n'est plus menacé de licenciement (Ichino et Riphahn, 2003). On trouvera d'autres exemples dans les études citées dans Ichino et Riphahn (2004).
11. Dans une autre étude, Johansson et Palme (2004) ont constaté que la réforme des prestations en 1991 avait eu une incidence particulièrement forte sur les absences de courte durée, mais la réforme ayant été mal conçue, il était moins probable que les intéressés reprennent leur travail s'ils avaient perçu la prestation pendant plus de 90 jours. La raison en est que le taux de prestation n'a été abaissé que pendant les trois premiers mois de chaque période de maladie, de sorte que les travailleurs reprenant leur activité pendant cette période risquaient de percevoir ultérieurement une pension plus faible s'ils étaient à nouveau malades.
12. Voir Andrén (2004) et Henrekson et Persson (2004). Selon cette dernière étude, la suppression de la journée de carence en 1987 s'est traduite par une augmentation de 10 % du nombre moyen de journées de maladie. L'impact a été modéré mais statistiquement non significatif pour les hommes mais très significatif pour les femmes.
13. Selon Palme et Svensson (2003), la valeur actualisée nette pour ce travailleur de 55 ans est presque exactement deux fois plus importante s'il accède à la retraite par le biais de l'assurance sur le marché du travail que par le biais du régime de pension. Le modèle qu'utilisent ces auteurs est

cependant fondé sur l'ancien système de retraite. Le nouveau système à cotisations notionnelles définies rend encore plus attrayante l'option assurance-maladie et invalidité.

14. Au Portugal, seul le revenu du travail est pris en compte pour le calcul d'une pension de prestations d'invalidité. En Pologne, le revenu des prestations ouvre moitié moins de droits que le revenu du travail. En Italie, le total d'une prestation d'invalidité est pris en compte pour le calcul de la pension, mais une prestation d'invalidité partielle n'ouvre aucun droit à pension.
15. Les systèmes ont été partiellement alignés en juillet 2003; depuis cette date, les personnes passant de l'assurance-chômage à l'assurance-maladie verraient appliquer à leurs prestations les plafonds de l'assurance-chômage qui sont plus faibles.

Bibliographie

- Andrén, D. (2004), « Never on a Sunday: Economic Incentives and Sick Leave in Sweden », Document de travail du département d'économie de l'Université de Göteborg, n° 136.
- Arai, J. et P. Skogman Thoursie (2004), « Sickness Absence: Worker and Establishment Effects », *Swedish Economic Policy Review* 11.
- Bergendorff, S. (2003), « Sickness Absence in Europe – A Comparative Study », Conseil national de l'assurance sociale, Stockholm.
- Bonato, L. et L. Lusinyan (2004), « Work Absence in Europe », Documents de travail du FMI, n° 04/193, Washington.
- Dagens, N. (2005), « Underkända sjukintygoroar läkare », 7 février.
- De Jong, P. et M. Lindeboom (2004), « Privatisation of Sickness Insurance: Evidence from the Netherlands », *Swedish Economic Policy Review* 11, p. 121-143.
- Englund, L. et K. Svärdsudd (2000), « Changes in Sick-Listing Habits Among General Practitioners in a Swedish County », *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2.
- Granvik, M. (1998), *Folkhälsorapport 103*, Landstinget Dalarna.
- Henrekson, M. et M. Persson (2004), « The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System », *Journal of Labor Economics*, vol. 22, n° 1.
- Hytti, H. (2003), « Why are Swedes Sick but Finns Unemployed? », communication présentée à la conférence de l'European Sociological Association, Murcie, Espagne, 23-26 septembre.
- Ichino, A. et R.T. Riphahn (2003), « The Effect of Employment Protection on Worker Effort. A Comparison of Absenteeism During and After Probation », CEPR Discussion Paper 3847, Centre for Economic Policy Research, Royaume-Uni
- Ichino, A. et R.T. Riphahn (2004), « Absenteeism and Employment Protection: Three Case Studies », *Swedish Economic Policy Review* 11, 95-114.
- Johansson, P. et M. Palme (2004), « Moral Hazard and Sickness Insurance: Empirical Evidence from a Sickness Insurance Reform in Sweden », IFAU Working Paper 2004:10, Institut pour l'évaluation de la politique du marché du travail, Stockholm.
- Meyer, A. et M. Wallete (2005), « Absence of Absenteeism and Overtime Work – Signalling Factors for Temporary Workers? », Document de travail du département d'économie, n° 2005:15, Université de Lund.
- NIER (2005), *The Swedish Economy: March 2005*, Institut national de recherche économique (www.konj.se), Stockholm.
- OCDE (2003a), *Veillissement et politiques de l'emploi, Suède*, Paris.
- OCDE (2003b), *Transformer le handicap en capacité*, Paris.
- OCDE (2004), *Études économiques, Pays-Bas*, Paris.
- Olsson, H. (2003), *Hög kommunal sjukfrånvaro – en statistisk synvilla?*, Svenska Kommunförbundet, Stockholm.
- Palme, M. et I. Svensson (2003), « Pathways to Retirement and Retirement Incentives in Sweden », chapitre 9 de Andersen, M. Torben. et P. Molander (dir. pub.) (2003), *Alternatives for Welfare Policy: Coping with Internationalisation and Demographic Change*, Cambridge University Press.

Personnel Today (2004), « Healthy Approach to Absenteeism », article consultable à l'adresse www.personneltoday.com, 28 septembre.

Skogman Thoursie, P. (2002), « Reporting Sick: Are Sporting Events Contagious? », Étude du département d'économie de l'Université de Stockholm, 2002:4.

Skogman Thoursie, P. (2005), « Happy Birthday! You are Insured: Differences in Work Ethics Between Female and Male Workers », Document de travail du FIEF, n° 203, Stockholm.

Statens Folkhälsoinstitut (2003), *High Sickness Absence: Evidence and Consequences*, Institut national de santé publique, Stockholm.

Chapitre 4

Accroître le nombre d'heures travaillées

Nous examinons dans ce chapitre les moyens d'accroître l'offre de main-d'œuvre autres que la diminution des absences pour maladie (abordée dans le chapitre 3). Le poids de la fiscalité du travail et le système de prestations contribuent à réduire le nombre d'heures travaillées, et les autorités devraient abaisser les taux d'imposition marginaux en se tournant vers d'autres assiettes fiscales. Des dispositifs de congés généreux limitent également la durée du travail. Bien que le taux d'activité global soit élevé, il existe encore des poches dans lesquelles les pouvoirs publics peuvent le renforcer, notamment en faisant en sorte que les jeunes sortent plus rapidement du système d'enseignement, en améliorant l'intégration des immigrants et en réduisant les incitations à la retraite anticipée. L'offre de main-d'œuvre bénéficierait également d'une application plus stricte des règles relatives au chômage et de l'élimination des programmes actifs du marché du travail inefficaces.

Accroître le nombre d'heures travaillées constitue une des meilleures options envisageables pour faire face aux effets du vieillissement de la population. Les évolutions démographiques impliquent qu'une part croissante de la population va correspondre aux groupes d'âge qui affichent généralement les taux d'activité et le nombre d'heures travaillées les plus faibles, ce qui va par conséquent sensiblement modifier l'équilibre entre contributeurs et bénéficiaires de l'État providence. Plus l'offre de cette main-d'œuvre pourra être accrue, plus le risque que de futures coupes s'avèrent nécessaires dans l'État providence sera limité.

La Suède conjugue des taux d'emploi élevés et un faible nombre moyen d'heures travaillées

En termes d'offre totale de main-d'œuvre, la Suède se situe aux alentours de la moyenne de la zone OCDE (voir le graphique 1.6, où la Suède se positionne néanmoins parmi les 10 premiers des 24 pays représentés). Cela tient à des taux d'emploi élevés, en particulier pour les femmes, associés à un faible nombre annuel d'heures travaillées pour les actifs occupés. De forts taux d'absence constituent la principale raison de cette amputation du temps de travail. Alors que les taux d'emploi des hommes et des femmes s'établissent respectivement à 75 et 72 %, le pourcentage d'individus effectivement au travail est inférieur de 10 points pour les premiers et de 15 points pour les secondes (voir le graphique 1.7). Cela n'est pas dû à la durée plus longue des vacances accordées aux Suédois, mais au fait que la probabilité qu'ils soient absents pour diverses autres raisons est plus de deux fois supérieure à celle de la moyenne des pays figurant dans le tableau 4.1, seule la Norvège rivalisant avec la Suède à cet égard. La moitié de cet écart s'explique par les absences pour maladie, ce qui laisse à penser que le point crucial est de réduire le nombre élevé de personnes ne travaillant pas pour ce motif. Cette question est abordée dans le chapitre 3. L'autre moitié de cet écart est imputable à divers dispositifs de congés, notamment parental, d'études et sabbatique. Outre ces taux d'absence élevés, la durée normale de la semaine de travail est légèrement inférieure à la moyenne européenne, même si les Suédois sont davantage susceptibles d'effectuer des heures supplémentaires.

La forte imposition des revenus du travail pèse sur l'offre de main-d'œuvre

Il est naturel que les ménages cherchent à accroître leur bien-être en réduisant leur temps de travail lorsque leurs revenus augmentent. Néanmoins, l'arbitrage entre revenus professionnels et temps libre est sensiblement faussé par la fiscalité des revenus du travail. Des données internationales laissent à penser que les pays où les impôts sont élevés sont ceux où le nombre d'heures ouvrées est le plus faible (voir, par exemple, Davis et Henrekson, 2004; Prescott, 2004; et l'analyse qui figure dans l'encadré 2.1).

En Suède, l'expansion des régimes publics de congés payés et les réductions du nombre annuel d'heures travaillées dans le cadre des conventions collectives devraient être considérées dans le contexte d'une forte pression fiscale sur le travail. Il existe aujourd'hui différents dispositifs de réduction du temps de travail ayant été adoptés sur la

Tableau 4.1. Anatomie d'une année de travail type

Décomposition du nombre annuel moyen d'heures ouvrées en équivalent année pleine (salariés travaillant à temps plein ou à temps partiel, en 2002)

	Nombre annuel d'heures travaillées	Nombre moyen d'heures hebdomadaires tous emplois confondus	Nombre habituel d'heures hebdomadaires dans l'emploi principal	Surtravail dans l'emploi principal (heures supplémentaires, horaires variables, etc.)	Heures effectuées dans d'autres emplois	Nombre annuel de semaines travaillées	Vacances et jours fériés	Absences pour d'autres raisons
	(a) = (b) * (f)	(b) = (c) + (d) + (e)	(c)	(d)	(e)	(f) = 52 – [(g) + (h)]	(g)	(h)
	Nombre d'heures	Nombre d'heures hebdomadaires travaillées				Nombre de semaines travaillées/non travaillées		
Pologne	1 817	41.8	40.2	0.3	1.3	43.4	6.2	2.4
Grèce	1 816	40.7	40.2	0.1	0.4	44.6	6.7	0.6
Hongrie	1 798	40.9	40.3	0.4	0.2	43.9	6.3	1.8
République slovaque	1 761	41.8	41.4	0.3	0.1	42.2	6.9	2.9
Islande	1 714	43.2	39.9	1.7	1.7	39.6	6.1	6.3
République tchèque	1 692	41.3	40.4	0.7	0.3	41.0	6.2	4.8
Portugal	1 688	40.4	39.3	0.3	0.8	41.8	7.3	2.9
Espagne	1 639	38.8	38.6	0.1	0.2	42.2	7.0	2.9
Suisse	1 586	37.5	34.3	2.7	0.5	42.3	6.0	3.7
Irlande	1 585	36.3	35.8	0.2	0.3	43.7	5.7	2.6
Luxembourg	1 582	37.9	37.3	0.5	0.1	41.7	7.5	2.8
Royaume-Uni	1 546	38.2	37.2	0.7	0.4	40.5	6.5	5.0
Italie	1 533	37.4	37.2	0.1	0.1	41.0	7.9	3.1
Autriche	1 497	38.4	36.6	1.4	0.4	39.0	7.2	5.9
Finlande	1 491	38.8	36.9	1.4	0.4	38.5	7.0	6.5
Allemagne	1 480	36.5	35.2	1.1	0.2	40.6	7.8	3.6
France	1 467	36.2	35.2	0.8	0.3	40.5	7.0	4.6
Belgique	1 451	36.3	35.7	0.3	0.3	40.0	7.1	5.0
Danemark	1 410	36.3	34.8	0.8	0.7	38.9	7.4	5.7
Suède	1 349	38.1	36.0	1.4	0.7	35.4	6.8	9.8
Norvège	1 339	37.3	34.8	1.8	0.7	36.0	6.5	9.5
Pays-Bas	1 223	31.8	30.1	1.3	0.4	38.4	7.5	6.1
Moyenne non pondérée	1 567	38.5	37.2	0.8	0.5	40.7	6.8	4.5

Note : Pour tous les pays, les absences pour cause de maladie et de maternité sont comptées deux fois, car on estime à 50 % la sous-déclaration des absences dans le cadre des enquêtes sur la population active. Voir l'annexe 1.A1 des *Perspectives de l'emploi de l'OCDE* de 2004 pour obtenir de plus amples informations sur ce point, ainsi que sur les autres hypothèses sous-jacentes aux estimations figurant dans ce tableau.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur l'Enquête communautaire sur les forces de travail et sur les données du rapport EIRO (2002), « Évolution du temps de travail – 2002 », www.eurofound.ie/2003/03/update/tm0303109u.html. Voir les *Perspectives de l'emploi de l'OCDE* de 2004 pour obtenir de plus amples informations.

plupart des segments du marché de l'emploi, notamment certains qui permettent au salarié de choisir librement entre salaires, cotisations de retraite et congés¹. Ces dispositifs constituent probablement la principale raison pour laquelle le nombre d'heures travaillées par les salariés suédois à temps plein a enregistré une baisse relativement importante depuis 1995 (voir le tableau 4.2). Leur effet sur le nombre total d'heures travaillées a toutefois été atténué par une baisse de la proportion de salariés à temps partiel.

La reconnaissance de l'existence d'un lien entre les effets de distorsion exercés par la fiscalité du travail et l'offre de main-d'œuvre était une des principales raisons de la réforme fiscale de 1990, qui visait à réduire les taux d'imposition marginaux pour toutes les catégories de revenus. L'objectif était que le taux d'imposition marginal supérieur n'excède pas 50 % et que la proportion de personnes acquittant des impôts à l'administration centrale soit inférieure à 15 %. Or pendant la période d'assainissement des finances publiques du milieu des années 90, un nouvel impôt de 5 % prélevé par l'administration centrale a été introduit pour les revenus les plus élevés, et l'évolution des seuils d'imposition de l'administration centrale n'a pas suivi celle des hausses de salaires. Bien que le gouvernement ait allégé les impôts sur le revenu à plusieurs reprises depuis 2000, essentiellement par le biais d'un crédit d'impôt spécial accordé au titre des cotisations versées au système de retraite, cet allègement a été dans une large mesure compensé par la hausse des impôts des collectivités locales. En conséquence, le taux d'imposition marginal supérieur est encore de 56 % environ. Si l'on prend également en compte les

Tableau 4.2. **Les salariés à temps plein ont réduit leur temps de travail**
Nombre annuel moyen d'heures effectivement travaillées par salarié

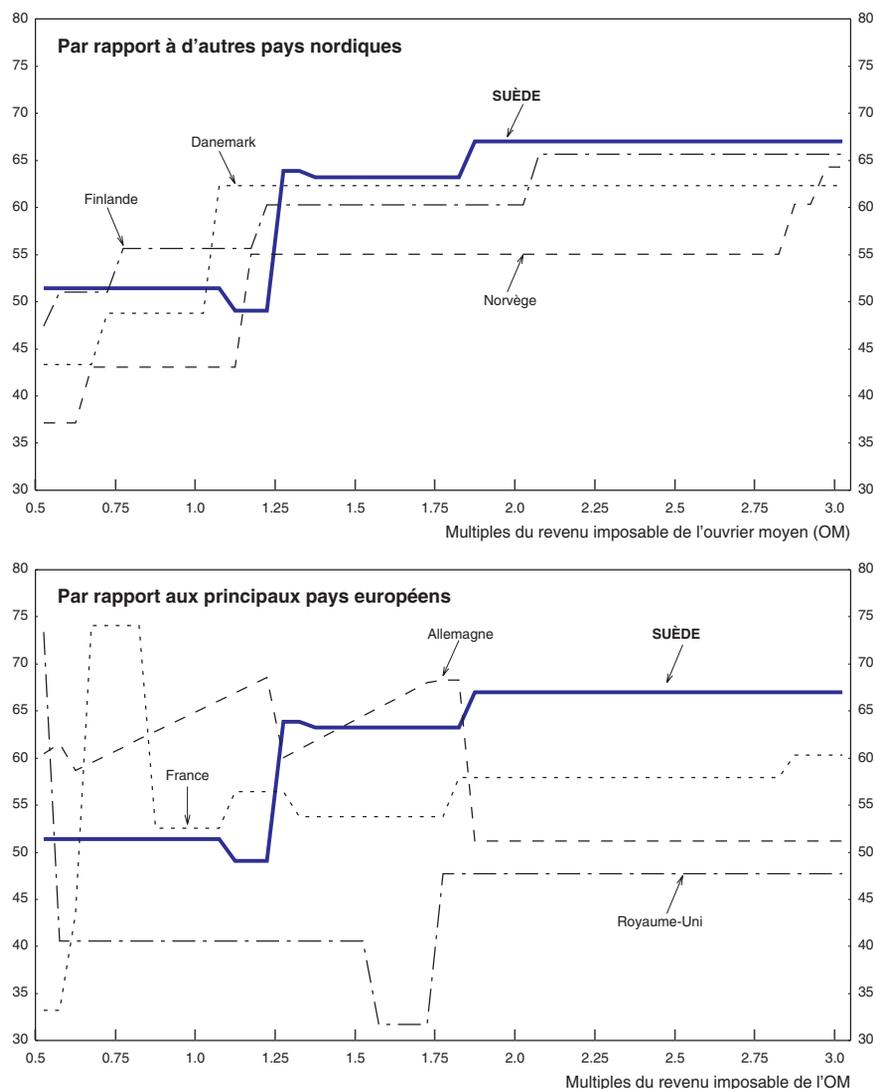
	Variation globale pour 1990-2002 (%)	Variation en pourcentage due à :		
		Variation du nombre d'heures ouvrées par les salariés à temps plein	Variation du nombre d'heures ouvrées par les salariés à temps partiel	Variation de la proportion de salariés à temps partiel
Autriche ¹	-1.6	1.8	-0.3	-3.0
Belgique	-7.8	-3.4	0.0	-4.0
Danemark	2.1	0.3	-0.1	1.8
Finlande ¹	-2.6	-0.1	-0.9	-0.9
France	-6.1	-4.2	0.4	-2.3
Allemagne	-6.0	-1.3	-1.1	-3.8
Grèce	3.0	3.2	0.1	-0.3
Hongrie ¹	1.2	1.1	0.1	-0.2
Irlande	-7.6	-2.1	0.1	-5.5
Italie	-3.0	-1.3	0.2	-2.0
Luxembourg	-4.8	-1.7	-0.6	-2.3
Pays-Bas	-8.9	0.3	-0.1	-8.9
Norvège ¹	1.0	-2.1	0.2	2.9
Portugal	-4.6	-4.0	0.2	-0.8
République slovaque ¹	4.5	4.4	-0.2	0.3
Espagne	-2.7	-0.5	0.1	-2.2
Suède¹	-0.6	-3.2	-0.3	2.8
Suisse ¹	-3.2	0.2	0.4	-3.9
Royaume-Uni	-1.5	-0.1	0.7	-1.8
Moyenne non pondérée pour les pays susmentionnés	-2.1	-0.5	-0.1	-1.5

1. Pour ces pays, les données couvrent la période 1995-2002.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur l'Enquête communautaire sur les forces de travail. Voir les *Perspectives de l'emploi* de l'OCDE de 2004 pour obtenir de plus amples informations.

Graphique 4.1. **Le coin fiscal marginal est important**¹

Pour une personne célibataire et sans enfant en 2003, en pourcentage



1. Le coin fiscal – entre les coûts de main-d'œuvre assumés par l'employeur et la rémunération nette correspondante du salarié – est calculé en exprimant la somme de l'impôt sur le revenu des personnes physiques, des cotisations salariales et patronales de sécurité sociale, ainsi que des éventuels impôts sur les salaires à la charge de l'employeur, en pourcentage des coûts de main-d'œuvre.

Source : Base de données de l'OCDE concernant *Les impôts sur les salaires*.

cotisations sociales, le coin fiscal marginal sur le travail d'un salarié célibataire et sans enfant gagnant au moins le double du salaire de l'ouvrier moyen (OM) est approximativement de 67 % (voir le graphique 4.1).

Les incitations à travailler davantage sont encore réduites par les prestations accordées sous condition de ressources, même si celles-ci sont nettement moins répandues en Suède qu'ailleurs (globalement, environ 7 % des transferts de revenus publics sont subordonnés à des critères de ressources, 29 % sont versés à un taux uniforme appliqué à tous les bénéficiaires, tandis que les autres transferts correspondent à une

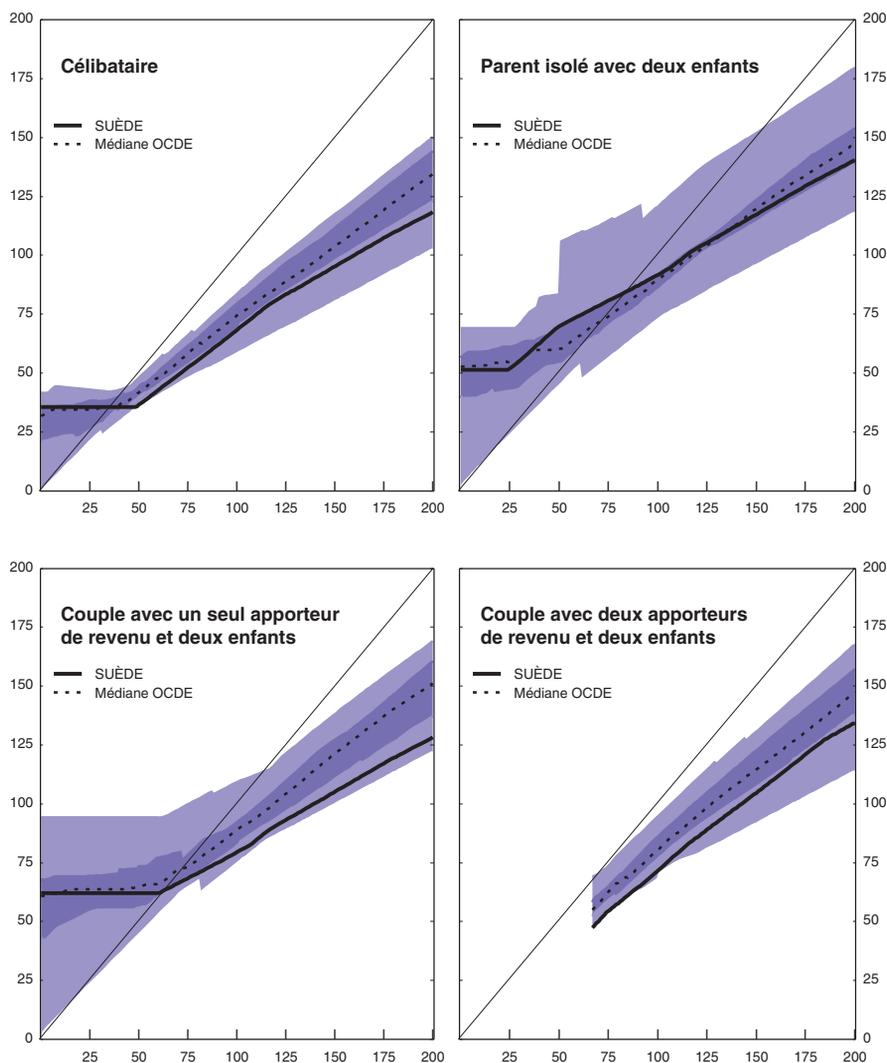
forme d'assurance et sont donc liés aux revenus antérieurs). Selon une étude, le taux marginal d'imposition effectif (TMIE) moyen était de 46 % en 2003 (Eklind et al., 2004)². Les individus caractérisés par les TMIE les plus élevés (supérieurs à 60 %) ont généralement de faibles revenus, comme les travailleurs à temps partiel, tandis que les TMIE de cet ordre de grandeur sont rares parmi les salariés à temps plein – encore que 35 % d'entre eux affichent des TMIE compris entre 50 et 59 %. Les systèmes de prélèvements et de prestations exercent également un effet de distorsion sur les choix des individus lorsqu'ils décident de travailler ou non. Pour les personnes ayant une capacité de gain inférieure aux plafonds des systèmes d'assurance chômage et d'assurance maladie (environ 115 % du salaire de l'OM), en particulier, les taux de remplacement sont très élevés. Si l'on considère l'ensemble des pays de l'OCDE, on constate que les interactions entre les systèmes de prélèvements et de prestations ont en Suède une incidence relativement forte sur les incitations à travailler pour la plupart des types de famille. Dans chaque cas, le salaire net en pourcentage du revenu brut se situe dans le quartile inférieur des pays de l'OCDE sur l'essentiel de l'échelle des revenus, sauf pour les parents isolés (voir le graphique 4.2). En outre, l'augmentation de salaire net résultant d'une augmentation des horaires de travail est relativement faible dans les familles ayant un seul apporteur de revenu.

Dans la mesure où la Suède affiche globalement des taux d'emploi relativement forts, la priorité essentielle en matière de réforme fiscale devrait être d'abaisser ces taux marginaux d'imposition élevés, qui influent sur les décisions des individus concernant leur temps de travail. Revenir aux principes de la réforme de 1990 offrirait un point de référence évident. Cela impliquerait de réduire les taux des impôts prélevés par l'administration centrale et de relever leurs seuils. Les pertes de recettes consécutives seraient assez modestes (elles se limiteraient par exemple à 0.2 % du PIB si le taux supérieur d'imposition appliqué par l'administration centrale était ramené de 25 à 20 %) et pourraient même être négligeables si les baisses d'impôts provoquaient une augmentation de l'offre de main-d'œuvre. Aller plus loin que la réforme de 1990 et abaisser le taux inférieur d'imposition de 20 % appliqué par l'administration centrale (qui permet actuellement de collecter des recettes limitées à 1.1 % du PIB) améliorerait les incitations au travail pour une proportion plus importante de la population d'âge très actif – environ un tiers des travailleurs à temps plein âgés de 25 à 59 ans acquittent cet impôt. Cela renforcerait également les incitations financières aux investissements en capital humain. Une réduction des impôts sur le revenu perçus par l'administration centrale aurait probablement un effet modeste sur la distribution des revenus (voir le graphique 1.9), en particulier à l'échelle d'une vie entière.

Le niveau élevé des TMIE et des taux de remplacement dans la partie inférieure de la distribution des revenus laisse à penser que celle-ci devrait également retenir l'attention des autorités. L'option la plus efficace consisterait à réduire les taux de remplacement assurés par les prestations, mais elle serait difficile à mettre en œuvre compte tenu de l'attachement des Suédois au niveau élevé de garantie de ressources assuré par l'État. Un optimum de second rang consisterait en une forme de prestation liée à l'exercice d'un emploi, telle qu'un crédit d'impôt au titre des revenus du travail. Néanmoins, pour avoir une incidence sensible, un crédit d'impôt général de ce type devrait être d'une ampleur telle qu'il aurait des coûts considérables en termes de pertes de recettes. Ce manque à gagner fiscal serait réduit si ce crédit d'impôt était supprimé progressivement sur un court intervalle de revenus, mais cela introduirait des effets marginaux plus forts dans cet intervalle, et compte tenu de l'étroitesse de l'éventail des salaires en Suède, même un

Graphique 4.2. Le salaire net est faible par rapport au revenu avant impôts

En pourcentage du revenu moyen avant impôts dans l'ensemble de l'économie



Note : L'axe horizontal représente le revenu avant impôts en pourcentage du revenu moyen dans l'ensemble de l'économie. L'axe vertical indique le salaire net, après prise en compte des impôts et des prestations d'aide sociale (en partant de l'hypothèse que la famille considérée ne bénéficie pas de l'assurance chômage). La zone grisée sombre correspond à l'intervalle interquartile de l'OCDE (la moitié des pays s'y trouvent), tandis que la zone grisée claire correspond à l'ensemble des 22 pays de l'OCDE, en sus de la Suède, pour lesquels des données sont disponibles.

Source : Carone et al. (2004), « Indicators of Unemployment and Low Wage Traps », OECD, Social, Employment and Migration Working Paper No. 18.

crédit d'impôt sous condition de ressources couvrirait une portion considérable de la distribution des revenus.

Afin de ne pas saper davantage la viabilité budgétaire, les autorités devraient veiller à ce que tout train de réformes fiscales soit intégralement financé, soit en revoyant à la baisse des programmes de dépenses de moindre importance, soit en se tournant vers des bases d'imposition aux effets de distorsion plus réduits. Une possibilité consisterait à relever les impôts sur la propriété, qui sont relativement bas, mais cette augmentation

devrait être judicieusement programmée et progressivement introduite avec précaution. Une autre option résiderait dans la suppression des taux inférieurs de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) – sur les produits alimentaires et les livres, par exemple. Une telle mesure n'aurait pratiquement aucun effet sur la répartition des revenus et permettrait d'engranger quelque 20 milliards de couronnes suédoises (soit 0.8 % du PIB) (Lundgren *et al.*, 2005). D'autres solutions consisteraient, par exemple, à remplacer en partie par un crédit d'impôt au titre des revenus du travail l'abattement à la base prévu actuellement par le système d'imposition des revenus, ou à utiliser les recettes résultant des nouvelles hausses des écotaxes exclusivement pour réduire les impôts sur les revenus du travail (au lieu d'augmenter l'abattement à la base, comme cela a été fait avec les 13½ milliards de couronnes correspondant aux mesures de renforcement des écotaxes mises en œuvre jusqu'à présent). Cela devrait transférer une proportion plus importante de la charge fiscale sur les personnes sans travail, mais les effets sur la répartition des revenus au cours de l'existence des individus seraient plus limités, dans la mesure où la plupart des personnes exercent une activité professionnelle à un moment ou un autre de leur période d'âge actif.

Des dispositifs de congés généreux contribuent au faible nombre d'heures travaillées

Interrompre ses activités professionnelles pour s'occuper d'un enfant, se former ou tout simplement pour le plaisir constitue un arbitrage individuel légitime entre revenu et temps libre. En Suède, l'attrait d'un retrait temporaire de la population active est renforcé par divers dispositifs de congés financés par l'impôt. Quelle que soit leur popularité, il convient de reconnaître que ces dispositifs ont un coût en termes de réduction de l'offre de main-d'œuvre, et donc de baisse des contributions au financement du système de protection sociale. Plus ces dispositifs sont utilisés aujourd'hui, moins les services publics seront abordables dans l'avenir.

Le congé maternité et le congé parental ont un effet négatif sensible sur le nombre moyen d'heures travaillées. Le mécanisme de congé parental est très généreux pour la zone OCDE, puisqu'il prévoit une interruption d'activité d'une durée totale de 16 mois par enfant³. Le taux des prestations est également généreux, en particulier dans les cas où les employeurs les complètent pour porter ce taux à 90 voire 100 % du salaire pendant l'essentiel de la période de congé. Ce dispositif est très souple : les jours de congé peuvent être pris jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de huit ans et par fractions d'une journée.

La question clé est de savoir si ce système est devenu généreux au point que ses coûts l'emportent sur ses avantages. Les éléments disponibles pour la Suède ne sont pas concluants. Toutefois, pour les pays de l'OCDE considérés dans leur ensemble, il existe des données démontrant de manière assez claire que les femmes sont davantage susceptibles d'intégrer la population active et de s'y maintenir si elles ont droit à des congés maternité de courte durée. En revanche, aucune caractéristique ne se dégage de manière systématique des dispositifs de longue durée, qui semblent, dans certains cas, réduire les taux d'emploi ou nuire à la capacité de gain à long terme des mères (OCDE, 2001). En Suède, le droit à des congés de longue durée contribue assurément au fait que des mères quittent leur travail pendant plus d'un an, or des interruptions aussi importantes ne sont guère de nature à favoriser leur avancement professionnel. Elles risquent au contraire d'entamer leurs capacités de gain, ainsi que d'entretenir et d'accentuer la ségrégation entre hommes et femmes sur le marché du travail, qui est substantielle en Suède (Commission européenne, 2004).

Le dispositif suédois de congé parental correspond certes à des objectifs légitimes de politique familiale, mais les autorités pourraient améliorer la situation des femmes sur le marché de l'emploi en modifiant ce mécanisme. Un comité gouvernemental examine actuellement le congé parental et doit soumettre des recommandations d'ici septembre 2005. Un principe clé de toute réforme devrait être d'éviter les mesures allongeant la durée des congés pris par les mères, de manière à ne pas aggraver la ségrégation entre hommes et femmes et les pertes en capital humain. Une manière d'améliorer le système pourrait consister à augmenter la fraction du congé non transférable entre parents. On peut également s'interroger sur l'opportunité du droit automatiquement accordé aux parents d'opter pour une activité à temps partiel jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de huit ans, indépendamment des souhaits de leur employeur. Il est peu probable que des modifications de ce type aient des effets sensibles sur le développement et le bien-être de l'enfant. Or le gouvernement a l'intention de relever à la fois le plafond des prestations parentales pour les quatre cinquièmes initiaux de la période de congé et le montant forfaitaire versé pour le restant, afin de rendre le congé parental plus attrayant pour les hommes, qui sont davantage susceptibles d'avoir des revenus supérieurs au plafond. Toute mesure accentuant la générosité du dispositif devrait néanmoins être évitée, car elle risque en définitive de déboucher sur un allongement des congés pris par les mères.

La Suède possède également un dispositif généreux de congé d'études, qui constitue un élément clé de sa stratégie de formation tout au long de la vie. Tout salarié a droit à ce congé et peut recevoir des allocations d'études (sous forme de dons et de prêts) jusqu'à l'âge de 50 ans. Sa durée peut aller d'une semaine à plusieurs années, et les cours sont dispensés gratuitement dans le cadre du système d'enseignement public. Le gouvernement se propose d'élargir ce dispositif afin de permettre à un plus grand nombre d'étudiants âgés de financer leur formation par ce biais. On peut se demander s'il s'agirait là d'un emploi judicieux des deniers publics. En effet, la moitié seulement des personnes entamant une formation supérieure passent un examen, car nombre d'entre elles sont des étudiants âgés dont le but n'est pas d'obtenir des qualifications dûment sanctionnées (SOU, 2004). Afin d'écarter les individus qui n'ont pas réellement l'intention d'obtenir un diplôme ou qui étudient uniquement pour leur propre plaisir, les allocations d'études pourraient être limitées aux seules formations qui sont clairement liées à des activités professionnelles.

Un autre dispositif général de congé a été mis en place en 2005, après un certain nombre de projets pilotes. Dix mille personnes pourront bénéficier de ce congé sabbatique en 2005, et 14 000 en 2006. Un salarié peut, avec l'accord de son employeur, prendre un congé de 3 à 12 mois et être remplacé par un chômeur inscrit auprès du service public de l'emploi (SPE), en recevant pendant cette période 85 % de la prestation d'assurance chômage. Le principal objectif de ce dispositif est de donner aux salariés la possibilité de prendre des loisirs, d'améliorer leurs qualifications ou de se consacrer à d'autres formes de développement personnel, tout en permettant aux chômeurs de renforcer leur position sur le marché du travail en occupant temporairement un emploi. Le nombre de places est certes limité, mais des pressions vont s'exercer en faveur de son augmentation, puisque 40 000 demandes environ (soit près de 1 % de la population active) ont été reçues cette année. Un dispositif de congé sabbatique existait également au Danemark dans les années 90, mais il a été supprimé parce que ce type de mécanisme de partage du travail est contraire à l'objectif de renforcement de l'emploi. La Suède devrait faire de même. Alors

que ce dispositif est destiné à aider les chômeurs de longue durée, la plupart des remplaçants des bénéficiaires de congés sabbatiques sont des personnes ayant récemment perdu leur travail.

Il existe encore des poches dans lesquelles le taux d'activité peut être relevé

Bien que la Suède se caractérise par des taux d'activité relativement élevés en termes de comparaison internationale, en particulier chez les femmes, il existe des poches où l'emploi pourrait être renforcé. Celles-ci se trouvent aux deux extrémités de l'échelle des âges et parmi les immigrants.

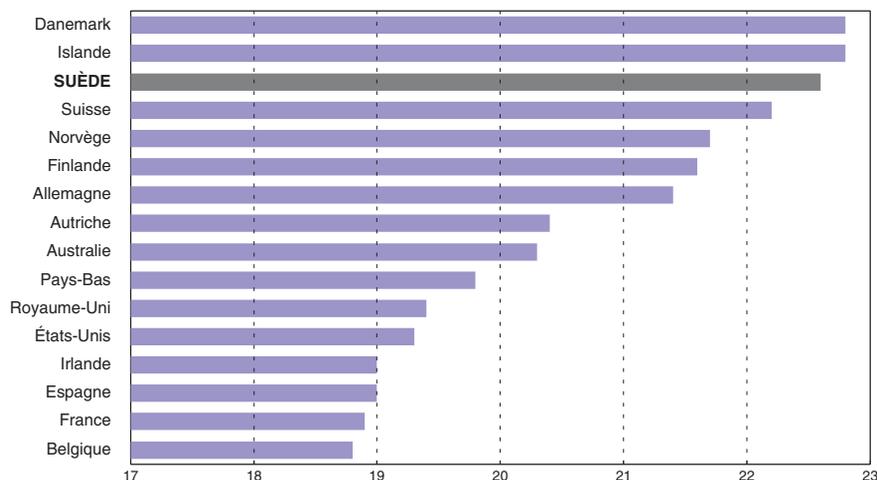
Les étudiants devraient achever leur cursus plus rapidement

Le taux d'activité des jeunes a sensiblement baissé au cours des 15 dernières années, ce qui tient en partie aux « délestages » de main-d'œuvre ayant eu lieu au cours de la crise économique du début des années 90, et en partie à l'accent mis par les pouvoirs publics sur l'amélioration du niveau de formation. Cela a retardé l'entrée des jeunes sur le marché du travail, mais leur capital humain s'est renforcé, ce qui constitue un élément important de toute politique axée sur la croissance. Il n'en existe pas moins des signes clairs d'inefficiences dans le système. Les études supérieures commencent plus tardivement en Suède que dans la plupart des autres pays de l'OCDE (voir le graphique 4.3), et leur durée est longue.

Cette entrée tardive sur le marché du travail s'explique essentiellement par la conception des règles d'admission dans l'enseignement supérieur. Les qualifications sanctionnées par les notes obtenues dans le deuxième cycle de l'enseignement secondaire représentent la principale voie d'accès aux études supérieures (le test national d'aptitude aux études universitaires constitue une autre voie d'accès importante), et le système offre diverses possibilités de maximiser ses notes en choisissant des programmes et des cours spéciaux et en reprenant des cours déjà suivis avec succès dans le cadre des formations pour adultes organisées par les communes, de manière à améliorer son niveau. Environ 40 % des nouveaux étudiants âgés de 20 à 22 ans étaient passés par le système communal

Graphique 4.3. **Les études supérieures débutent tardivement**

Âge médian du début des études supérieures



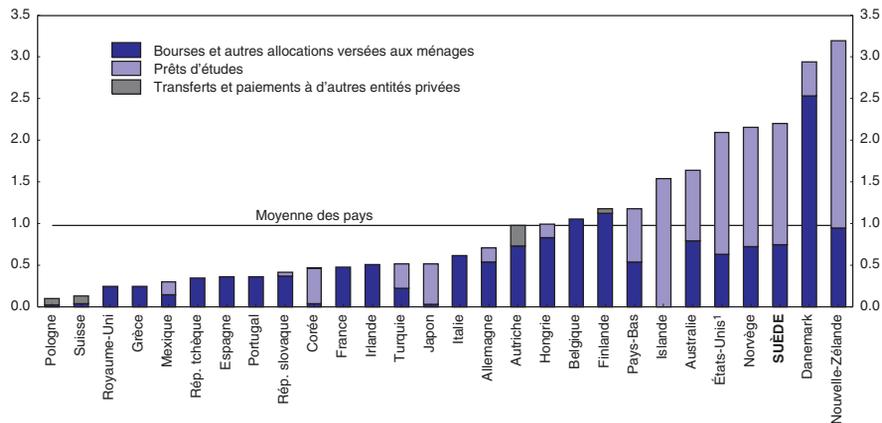
Source : OCDE, *Regards sur l'éducation*, 2003.

de formation pour adultes avant d'entamer des études supérieures en 2002 (SOU, 2004). En conséquence, certains élèves ayant achevé le deuxième cycle de l'enseignement secondaire se trouvent contraints d'améliorer leurs notes, car leurs aînés de deux ans l'ont fait avant eux et ont ainsi relevé le seuil d'accès à l'enseignement supérieur. À terme, ce sont probablement les mêmes personnes qui obtiendront une place, mais après avoir perdu en définitive un an ou deux. Un comité d'experts a soumis un catalogue de recommandations destinées à atténuer ces problèmes l'année dernière, et le gouvernement planche actuellement sur des propositions de modification des règles d'admission. Il est notamment suggéré de donner davantage de poids aux notes correspondant aux cours « plus durs » (tels que les mathématiques et les langues étrangères autres que l'anglais), de réduire l'importance accordée à l'expérience professionnelle, et de durcir les conditions d'entrée pour les personnes mettant en avant des résultats obtenus dans le système communal de formation pour adultes. Cela reviendrait implicitement à donner un poids accru aux notes initialement obtenues. Si ces mesures se révèlent inefficaces, le gouvernement devra peut-être envisager une approche plus radicale. Elle pourrait notamment consister à supprimer purement et simplement la possibilité d'améliorer les notes précédemment obtenues en suivant une formation communale pour adultes (tout en accordant une seconde chance aux individus en situation d'échec dans un cours donné, en leur permettant de le suivre de nouveau pour obtenir une note suffisante), ainsi que la possibilité de suivre des cours de conception locale dans le deuxième cycle du secondaire (consacrés à la cueillette des champignons, par exemple) pouvant être substitués à des cours normaux (comme les mathématiques) pour le calcul de la moyenne générale. En outre, les points supplémentaires correspondant à une expérience professionnelle pourraient être uniquement accordés lorsque cette expérience est en rapport avec les études visées.

Le temps considérable passé dans l'enseignement supérieur s'explique dans une certaine mesure par les interruptions d'études. Faire une pause d'un semestre, voire davantage, est une pratique assez courante, et de nombreux individus changent de spécialisation au cours de leur cursus. Alors que l'obtention d'une licence est censée exiger 6 semestres, la durée effective moyenne d'études était de 8 à 9 semestres pour les étudiants qui ont obtenu leur diplôme au cours de la période 1998-2002; l'addition des pauses dans les études porte cette durée à un total de 9 à 11 semestres (SOU, 2004). La générosité des allocations d'études et l'absence de droits d'inscription contribuent aussi probablement à la durée prolongée des études (voir le graphique 4.4). Une solution envisageable pour encourager les étudiants à terminer leur cursus plus rapidement et à choisir des cours plus adaptés au marché du travail consisterait à instaurer des droits d'inscription modestes associés à des prêts accordés sous condition de ressources. Après tout, les prêts sont déjà très largement utilisés pour financer les frais de subsistance. Si une telle option n'est pas acceptable, une autre possibilité consisterait à convertir une partie des prêts d'études en dons si la formation est achevée dans les délais impartis, formule appliquée depuis peu en Norvège. Durcir les conditions que doit satisfaire un individu pour démontrer qu'il étudie et qu'il est donc en droit de bénéficier d'allocations d'études constituerait un autre moyen de fluidifier le système. Pour se voir octroyer une allocation, un étudiant doit obtenir au moins 30 unités de valeur sur 40 (la norme) par an, ce qui signifie qu'il a la possibilité de prendre ce qui équivaut de fait à une année de congé subventionné au cours d'un programme d'études censé durer trois ans. Accorder des dons uniquement pour la durée minimale du programme d'études, tout en offrant des prêts

Graphique 4.4. Les aides relatives à l'enseignement sont généreuses, mais elles se composent essentiellement de prêts

Subventions publiques aux ménages et autres entités privées au titre de l'éducation en pourcentage du PIB, par type de subvention



1. Y compris l'enseignement postsecondaire non supérieur.

Source : OCDE, *Regards sur l'éducation*, 2004.

remboursables sous condition de ressources en cas de dépassement, pourrait être une autre solution. Toutefois, les marges de manœuvre risquent d'être limitées. Les généreuses aides financières octroyées aux étudiants compensent l'effet négatif exercé sur les incitations à poursuivre des études supérieures par l'étranglement de l'éventail des salaires, et par le poids de la fiscalité sur les revenus professionnels. Globalement, le rendement privé de l'enseignement supérieur se situe aux alentours de la moyenne des pays pour lesquels on dispose de données (Blöndal *et al.*, 2002), mais il est très faible, voire négatif, pour certaines professions dans lesquelles la demande de main-d'œuvre est appelée à augmenter (comme les infirmières). Néanmoins, si un durcissement des conditions d'octroi des allocations d'études amène effectivement les étudiants à intégrer plus rapidement la population active, les revenus professionnels qu'ils engrangeront sur toute la durée de leur vie seront plus élevés. Au bout du compte, l'effet sur le taux de rendement de l'enseignement supérieur pourrait donc d'être assez faible (voir le tableau 4.3). Une réduction des taux d'imposition marginaux contribuerait également à renforcer ce taux de rendement.

Tableau 4.3. L'incidence de nouvelles mesures sur le taux de rendement privé de l'enseignement universitaire

	Variation en points de pourcentage
Introduction de droits d'inscription correspondant à 10 % du salaire moyen (230 euros par mois)	-1.19
Octroi de toutes les aides aux étudiants sous forme de prêts	-0.23
Achèvement des études six mois plus tôt	1.00
Renforcement de l'avantage de salaire dont bénéficient les diplômés de l'enseignement supérieur (55 % au lieu de 50 %)	0.93
Réduction de 3 points de pourcentage du taux moyen d'imposition appliqué aux travailleurs à revenus élevés	1.32

Note : Le taux de rendement interne privé est estimé à environ 11 % par an dans Blöndal *et al.* (2002) et aux alentours de 8 % dans l'édition 2004 de la publication de l'OCDE intitulée *Regards sur l'éducation*.

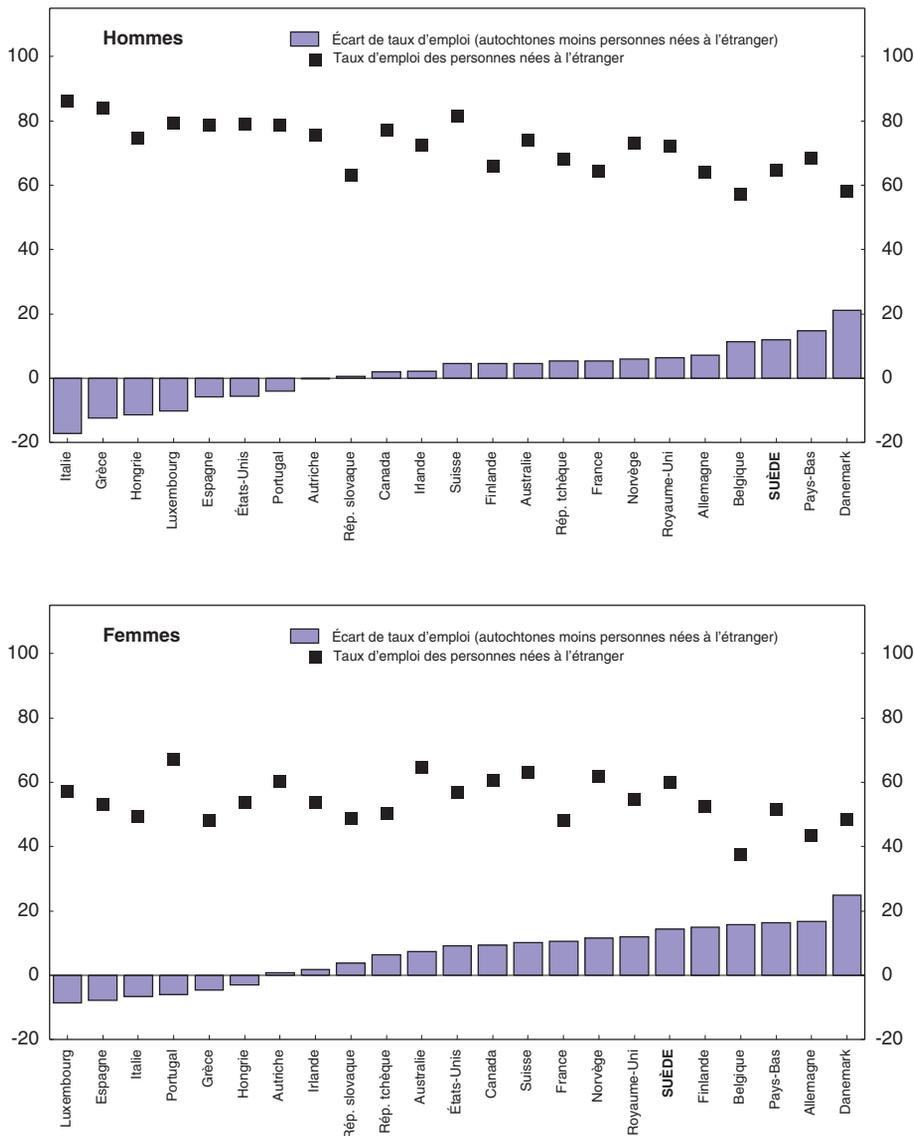
Source : Calculs effectués par l'OCDE.

Une meilleure intégration des immigrants sur le marché du travail serait souhaitable

D'après les prévisions démographiques actuelles, les flux d'immigration en Suède permettront d'empêcher que la population d'âge actif ne diminue au cours des 50 années à venir. Cela peut laisser à penser que l'immigration est susceptible de contribuer à alléger le fardeau démographique lié au vieillissement de la population. Tel ne sera néanmoins le cas que si l'intégration des immigrants sur le marché du travail s'améliore. Le taux d'emploi des personnes nées à l'étranger est relativement faible comparé à celui des autochtones (voir le graphique 4.5). Si l'évolution actuelle du comportement du marché travail se poursuit, l'immigrant moyen représentera donc une charge nette pour les

Graphique 4.5. **Les écarts de taux d'emploi entre autochtones et immigrants sont importants**

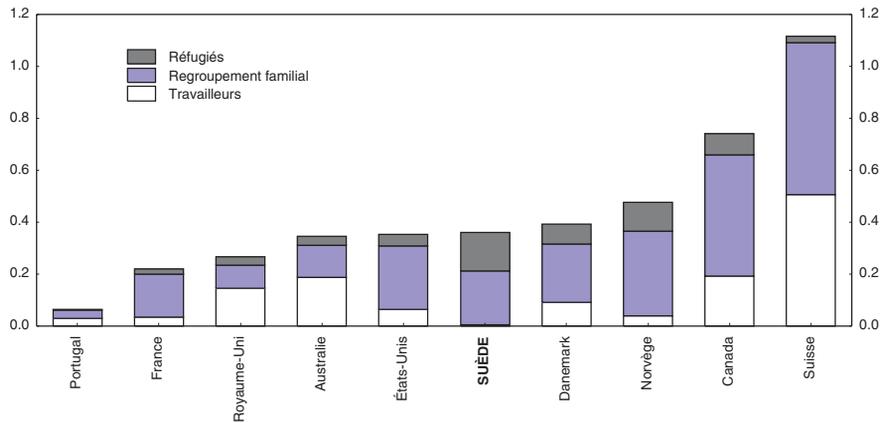
Taux d'emploi des personnes d'âge actif par sexe, 2003



Source : OCDE, *Tendances des migrations internationales*, SOPEMI 2004.

Graphique 4.6. Les réfugiés représentent une proportion relativement forte de l'immigration

Immigration permanente ou à long terme par principales catégories, en pourcentage de la population, en 2002



Note : Voir la source pour obtenir des précisions sur la définition de ces catégories dans chaque pays.

Source : OCDE, *Tendances des migrations internationales*, SOPEMI 2004.

finances publiques (voir la précédente *Étude*). D'un point de vue international, le taux d'emploi des immigrants de sexe masculin est particulièrement bas en Suède – aussi bien en termes absolus que par rapport au taux d'emploi des autochtones. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que l'immigration en Suède comprend une part relativement importante de réfugiés (voir le graphique 4.6), qu'il est plus difficile d'intégrer sur le marché du travail. Néanmoins, même comparée à d'autres pays de l'Union européenne (UE) où les réfugiés occupent une place prépondérante dans l'immigration, la Suède affiche un degré d'intégration relativement faible des immigrants de sexe masculin sur le marché de l'emploi (Århammar, 2004). C'est doublement regrettable, car des études montrent que si les immigrants de première génération ont des difficultés à prendre pied sur le marché du travail, l'intégration de leurs enfants risque également d'être problématique.

La lenteur du processus d'examen des demandes d'asile représente probablement un obstacle important à l'intégration. Environ deux tiers de ces demandes sont finalement rejetées, mais il peut s'écouler jusqu'à quatre ans avant qu'une décision irrévocable ne soit rendue, en raison de procédures de recours extrêmement longues. Or, pendant l'essentiel de cette période, les réfugiés n'ont en principe pas la possibilité de travailler, et la formation linguistique qui leur est offerte est loin d'être comparable à celle accessible aux immigrants dotés d'un permis de séjour⁴. De plus, des carences dans les pratiques de travail des différents services compétents et des mesures d'intégration inefficaces semblent avoir réduit les possibilités d'entrer rapidement sur le marché de l'emploi pour les immigrants. Les principaux problèmes résident dans le manque de coordination, le fait que les programmes et les formations ne sont pas fondées sur les compétences individuelles, et l'importance insuffisante accordée aux contacts directs avec le marché de l'emploi (Århammar, 2004).

Les immigrants peu qualifiés sont particulièrement désavantagés en Suède, car les emplois disponibles n'exigeant pas de qualifications formelles sont relativement rares. Le niveau élevé des salaires minimums et l'étroitesse de l'éventail des rémunérations signifient que ces immigrants ne peuvent se faire une place sur le marché en jouant sur le

prix de leur offre de travail. La lourdeur de la fiscalité sur les revenus professionnels limite encore la demande des ménages en matière de services domestiques et personnels – alors que ces activités offrent dans d'autres pays un accès aisé au marché du travail aux immigrants, et autres individus, peu qualifiés. Les systèmes de prélèvements et de prestations réduisent également les incitations économiques à participer activement au fonctionnement du marché du travail en bas de l'échelle des salaires. Dans le cas des immigrants qualifiés, les employeurs sont souvent incertains de la valeur de la formation qu'ils ont suivie hors de Suède, et nombre d'entre eux ignorent que les diplômés étrangers peuvent être évalués par l'Agence nationale de l'enseignement supérieur. Enfin, des problèmes de discrimination, tant de la part des employeurs que des autorités, sont souvent évoqués.

Le gouvernement s'efforce d'améliorer l'intégration des immigrants en renforçant la coopération entre les services compétents, en mettant davantage l'accent sur des mesures individualisées axées sur les formations linguistique et professionnelle, ainsi qu'en luttant contre la discrimination. Une autre priorité est d'accélérer le traitement des demandes d'asile, afin que la mise en œuvre de l'ensemble des mesures d'intégration puisse débiter plus tôt⁵. Des efforts supplémentaires destinés à améliorer les connaissances des fonctionnaires chargés des dossiers sur la manière d'aider les immigrants à s'intégrer semblent également de mise. Un salaire préliminaire – subordonné à une évaluation du niveau de qualification accordant une grande importance aux connaissances linguistiques – pourrait être envisagé en complément de subventions salariales temporaires, ce qui offrirait aux employeurs un autre moyen de s'assurer des compétences d'un immigrant avant de lui proposer un contrat régulier. En général, la possibilité d'embaucher des travailleurs pour des périodes plus brèves et à des conditions plus souples peut influencer sur la disposition des employeurs à recruter des immigrants, en particulier s'ils sont incertains de leurs compétences et de leur productivité. Cette incertitude pourrait également être atténuée par une amélioration du processus de validation des qualifications étrangères. En outre, une baisse des taux d'imposition marginaux supérieurs pourrait contribuer à stimuler la demande de services domestiques et personnels, créant du même coup des emplois adaptés aux immigrants peu qualifiés.

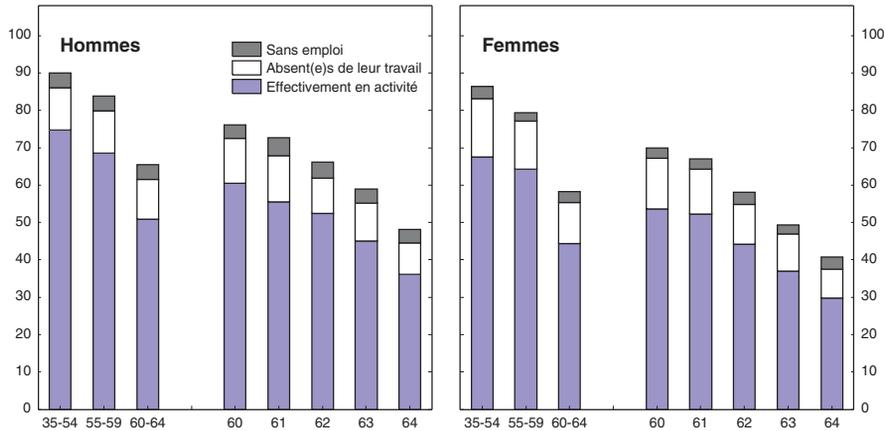
Les incitations au prolongement de la vie active pourraient être renforcées

La Suède affiche un taux d'activité relativement élevé pour les travailleurs âgés. Depuis la réforme des retraites de 1999, une hausse impressionnante du taux d'activité des individus âgés de 60 à 64 ans a eu lieu, puisqu'il a augmenté de près de 12 points de pourcentage pour les femmes et de 10 points pour les hommes. Néanmoins, la présence des personnes âgées de sexe masculin sur le marché du travail était auparavant nettement plus forte : le taux d'activité des hommes ayant entre 60 et 64 ans a reculé de 85 % au début des années 60 à 65 % en 2004. Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux d'activité baisse sensiblement au-delà de 60 ans, lorsque les individus peuvent percevoir les pensions de vieillesse versées par le système public et par les régimes de retraite professionnels (voir le graphique 4.7). Qui plus est, aux voies d'accès officielles à la retraite anticipée s'ajoutent souvent des voies détournées qui passent par les programmes de sécurité sociale, notamment par les régimes d'assurance maladie, d'invalidité et d'assurance chômage.

En principe, le système de pension de vieillesse n'exerce pas d'effet de distorsion sur les incitations à la retraite. La réforme de 1999 s'est traduite par la mise en place d'un

Graphique 4.7. Le taux d'activité baisse sensiblement dans la tranche d'âge 60-64 ans

En pourcentage de la population d'âge actif, en 2004



Source : Statistics Sweden, www.scb.se.

système de comptes notionnels à cotisations définies (essentiellement financé par capitalisation toutefois; voir la précédente *Étude*), et le patrimoine-retraite fait l'objet d'un ajustement neutre en termes actuariels en cas de cessation anticipée d'activité (l'âge « normal » de départ en retraite est de 65 ans, mais tout individu peut faire valoir ses droits à pension à partir de 61 ans). Néanmoins, le système public de pension de vieillesse présente encore un certain nombre de caractéristiques de nature à encourager les cessations précoces d'activité. Un système de retraite neutre sur le plan actuariel ne devrait en principe fausser en aucune manière les décisions individuelles de départ en retraite, mais deux aspects de cette décision ne sont pas pris en compte par un tel système. *Premièrement*, du point de vue d'une personne dont l'espérance de vie en bonne santé peut être limitée, le taux subjectif d'actualisation du patrimoine-retraite peut être plus élevé que le taux d'actualisation intégré dans le système, ce qui implique que l'ajustement actuariel prévu par le système de retraite ne compense pas de manière adéquate le report du départ en retraite. *Deuxièmement*, du point de vue de la société, le surcroît de recettes fiscales résultant d'une poursuite des activités professionnelles crée des gains financiers en dehors du système de retraite. Cela vaut également pour la réduction des allocations de logement (soumises à condition de ressources) qui intervient lorsqu'une retraite différée débouche sur une hausse des pensions perçues chaque année. Or ces effets ne sont généralement pas pris en compte par les individus quand ils décident de prendre ou non leur retraite. En outre, le système de retraite soulève un problème d'aléa moral, car les individus accumulent des droits à pension de vieillesse – contrairement aux droits à pension professionnelle – tout en percevant des prestations de sécurité sociale (voir le chapitre 3). Avant même que ne soit introduit le nouveau système de retraite, les dispositifs d'assurance maladie et d'assurance chômage étaient utilisés comme voie d'accès à la cessation anticipée d'activité par près d'un tiers de la population (voir le tableau 4.4).

Il est encore trop tôt pour déterminer les effets éventuels du nouveau système sur les comportements en matière de retraite, puisque les premiers versements provenant du

Tableau 4.4. **Principales sources de revenus dont disposent les personnes nées entre 1927 et 1932 une fois sorties de la population active**
En pourcentage

	Hommes						Femmes					
	Total	Travail- leurs manuels	Travail- leurs non manuels	Fonction- naires	Employés des collecti- vités locales	Travail- leurs indé- pendants	Total	Travail- leurs manuels	Travail- leurs non manuels	Fonction- naires	Employés des collecti- vités locales	Travail- leurs indé- pendants
Dispositifs de retraite	48.0	34.7	53.9	51.3	51.6	50.5	57.4	43.7	64.5	67.6	67.3	61.0
Pension de vieillesse publique	27.0	24.3	31.0	25.9	25.4	41.6	33.7	25.7	36.2	28.3	41.1	48.9
Retraite professionnelle	14.2	4.2	12.6	16.4	20.5	5.8	13.7	5.1	19.5	32.0	16.9	4.4
Prestation de retraite partielle	6.8	6.2	10.3	9.0	5.7	3.1	10.0	12.9	8.8	7.3	9.3	7.7
Dispositifs d'assurance	39.9	54.9	32.7	38.6	36.5	28.9	35.5	51.3	24.7	27.7	25.2	32.5
Assurance maladie	26.9	34.8	18.8	22.4	28.3	16.8	20.5	31.1	12.6	14.0	17.0	17.8
Assurance chômage	6.4	14.1	8.6	5.4	1.8	6.9	8.4	13.1	7.7	4.8	2.5	5.7
Pension d'invalidité	6.6	6.0	5.3	10.8	6.4	5.2	6.6	7.1	4.4	8.9	5.7	9.0
Autres sources de revenus	12.1	10.6	13.5	10.1	11.8	20.6	7.2	5.1	11.0	4.5	7.5	6.5

Source : Palme, Mårten et Ingemar Svensson (2004), « Pensionssystem och pensionering », *Ekonomisk Debatt*, No. 4.

système réformé n'ont débuté qu'en 2001, et que les cohortes nées entre 1938 et 1953 recevront des pensions financées en partie par l'ancien système et en partie par le nouveau. Toutefois, pour les raisons susmentionnées, on peut considérer que la société dans son ensemble bénéficierait d'une légère modification du système d'imposition destinée à encourager le report des départs en retraite⁶. Une option plus directe pour relever l'âge moyen de cessation d'activité consisterait à lier l'âge minimum d'ouverture des droits à pension à la longévité, encore qu'il faudrait limiter les autres possibilités d'accès à la retraite pour qu'une telle solution soit efficace.

Les dispositions relatives au chômage devraient être appliquées de manière plus stricte

Il est important que le système de lutte contre le chômage fonctionne bien pour que les mesures destinées à renforcer le taux d'activité portent leurs fruits. En Suède, ce système est fondé sur l'association de prestations d'assurance chômage relativement généreuses, de conditions strictes imposant aux chômeurs de chercher du travail et d'être prêts à accepter un emploi convenable ou à participer à des programmes adaptés du marché du travail, et de sanctions en cas de non-respect des règles. Cette stratégie peut permettre de concilier un marché de l'emploi dynamique et un niveau élevé de garantie de ressources (OCDE, 2004). Il est cependant possible d'améliorer le fonctionnement de ce système.

Durcir l'application des règles relatives aux prestations d'assurance chômage

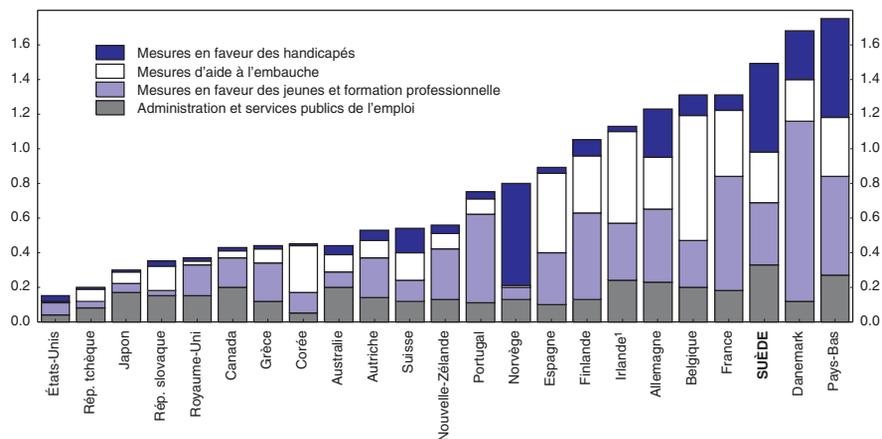
Le système d'assurance chômage semble caractérisé par de faibles efforts de recherche de la part des chômeurs, des déficiences sensibles dans le contrôle exercé par le service public de l'emploi (SPE) sur l'assurance chômage, et des disparités régionales importantes dans l'application des règles en vigueur. Ainsi, on constate de fortes variations entre les bureaux locaux du SPE quant à la fréquence avec laquelle sont remis en question les droits à indemnisation des demandeurs, et avec laquelle le versement des allocations

de chômage est prolongé au-delà de la limite normale de 60 semaines (le nombre de ces prolongations a massivement augmenté au cours des dernières années)⁷. Une partie du problème tient peut-être au double rôle joué par le SPE, qui est à la fois fournisseur de services et autorité de contrôle. Dans les petites collectivités, en particulier, les fonctionnaires chargés des dossiers ont tendance à appliquer les règles de manière moins stricte, peut-être parce qu'ils sont davantage susceptibles de connaître personnellement les chômeurs. Les plans d'action individuels sont également de qualité variable, et le Conseil national du marché du travail semble s'acquitter médiocrement de sa tâche de contrôle, de suivi et d'évaluation de l'utilisation qui est faite de ces plans (Statskontoret, 2004a). Le gouvernement a donc donné pour instructions à cet organisme d'améliorer son action, mais les suites données à ces instructions par le Conseil national du marché du travail semblent avoir été inadaptées⁸. Il se peut également que le financement des prestations d'assurance chômage réduise l'efficacité du marché de l'emploi. Les cotisations versées par les membres des fonds d'assurance chômage ne représentent en effet qu'un cinquième environ des paiements totaux, et il n'existe aucun lien entre niveau du chômage et montant des cotisations pour les membres de ces fonds – les coûts marginaux sont couverts par l'administration centrale. Par ailleurs, les négociations salariales sont, pour l'essentiel, décentralisées au niveau des branches. Les acteurs du marché du travail ne sont donc guère incités à établir un lien entre revendications salariales et coûts du chômage.

Globalement, l'amélioration du fonctionnement des institutions responsables du système d'assurance chômage semble offrir des possibilités de gains considérables, notamment lorsqu'on considère que la Suède est le pays de l'OCDE qui consacre la part la plus importante de son PIB à l'administration et aux services publics de l'emploi (voir le graphique 4.8). *Premièrement*, les sanctions applicables aux individus qui ne recherchent pas activement un emploi, déclinent des offres d'emplois adéquates ou refusent de participer à des programmes actifs du marché du travail devraient être renforcées⁹. Décharger les fonctionnaires responsables des dossiers des tâches de contrôle et les confier

Graphique 4.8. Les dépenses consacrées aux politiques actives du marché du travail sont élevées

En pourcentage du PIB, moyenne sur la période 1999-2002



1. 2001.

Source : Perspectives de l'emploi de l'OCDE, 2004.

à un comité au sein de chaque organisme du SPE faciliterait probablement l'application des sanctions. *Deuxièmement*, la fusion du Conseil national du marché du travail et des conseils de comté du marché du travail en un organisme national unique devrait permettre d'assurer une application plus cohérente des procédures administratives, et cela éliminerait les zones d'ombre en matière de partage des compétences entre les deux niveaux d'administration (Statskontoret, 2004b). *Troisièmement*, les lignes directrices destinées aux bureaux locaux du SPE doivent être précisées, et indiquer notamment plus clairement quand et comment un chômeur doit être orienté vers un emploi ou un programme du marché du travail, et dans quelles circonstances la période de versement des prestations d'assurance chômage peut être prolongée. L'accent devrait être mis sur un appariement plus actif des offres et des demandes d'emplois et sur un contrôle plus précoce de la disponibilité des chômeurs.

Il faut utiliser les programmes actifs du marché du travail pour tester la disponibilité des individus sur le marché de l'emploi, tout en supprimant les programmes peu efficaces

La participation obligatoire aux programmes actifs du marché du travail (PAMT) peut permettre de tester la disposition au travail des individus, et donc leurs droits aux prestations d'assurance chômage. En Suède, le principe de base est que le SPE peut uniquement orienter un chômeur vers un PAMT si cela est « considéré comme approprié tant pour l'individu que dans la perspective générale de la politique du marché du travail » (Runeson, 2004), et la durée du programme ne doit pas dépasser six mois. Les programmes du marché du travail sont utilisés de manière plus systématique pour les chômeurs de longue durée et les personnes qui sont sur le point de perdre le bénéfice des prestations d'assurance chômage. Ces individus peuvent être orientés vers le mécanisme de garantie d'activité (introduit en 2000), dans le cadre duquel ils peuvent prendre part à tous les programmes classiques du marché du travail ou mener diverses activités de recherche d'emploi, tout en recevant l'équivalent de prestations d'assurance chômage. Cette garantie représente un progrès par rapport au système antérieur, mais elle offre de fait un accès de durée indéfinie à des garanties de ressources de même niveau que les prestations d'assurance chômage, puisque la participation à ce mécanisme n'est pas limitée dans le temps¹⁰.

De manière générale, le bilan de la plupart des PAMT est décourageant¹¹. Le gouvernement devrait donc faire montre de prudence lorsqu'il affecte davantage de fonds à ce type de dispositifs. Le nombre de places et les dépenses ont diminué dans une certaine mesure en 2003 (voir le tableau 4.5), mais des ressources plus importantes ont été attribuées à ces programmes dans le budget 2005, et l'Administration suédoise du marché du travail a obtenu de nouveaux crédits supplémentaires dans le budget de printemps de 2005 pour financer les aides à l'emploi et les programmes de formation, malgré les perspectives de réduction du chômage. Le budget de printemps a également transféré des crédits de l'enseignement théorique vers la formation professionnelle, qui s'est révélée plus efficace. Le gouvernement devrait continuer à réévaluer l'utilité des programmes existants et réaffecter les ressources à ceux qui ont des effets positifs manifestes sur les probabilités d'embauche. Les programmes aux résultats insuffisants devraient être purement et simplement supprimés. Pour améliorer les activités de recherche et contrôler la disposition au travail des chômeurs, le SPE devrait les orienter plus rapidement vers des programmes de courte durée. Il importe cependant de trouver un juste équilibre, de manière à ce que les répercussions positives que peuvent avoir l'effet de motivation sur la

Tableau 4.5. **Le nombre de places disponibles dans le cadre des programmes actifs du marché du travail (PAMT) a été réduit**

En milliers de personnes

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Population active	4 319	4 310	4 264	4 255	4 309	4 362	4 414	4 421	4 451	4 459
Chômeurs inscrits	333	347	342	276	241	203	175	176	217	246
Participants aux PAMT	198	202	191	173	142	113	112	117	92	106
Taux d'activation ¹	37.3	36.8	35.8	38.5	37.1	35.7	39.0	39.9	29.8	30.1
– en pourcentage de la population active	4.6	4.7	4.5	4.1	3.3	2.6	2.5	2.6	2.1	2.4

1. Nombre de participants aux PAMT en pourcentage de la somme des chômeurs inscrits et des participants aux PAMT.

Source : Statistics Sweden, www.scb.se.

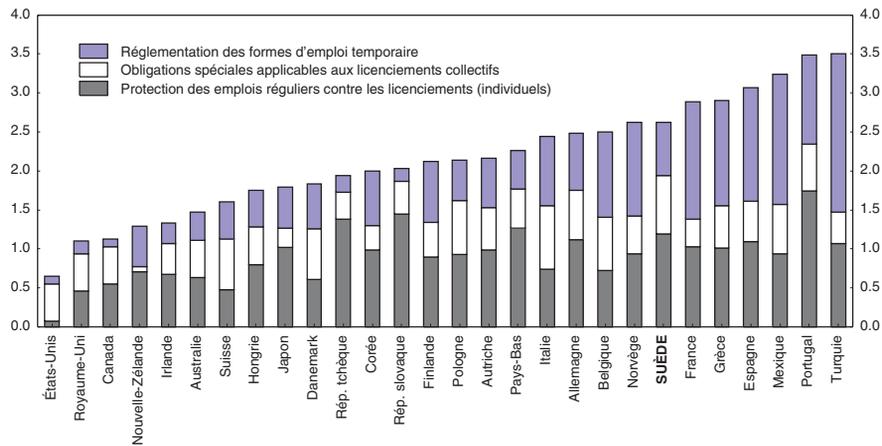
recherche d'emploi ne soient pas compensées par un *effet de rétention*, lié au temps consacré aux programmes, pendant lequel les chômeurs sont dans l'impossibilité de chercher du travail. Les pouvoirs publics pourraient mettre en place un système de profilage (dans le cadre duquel des critères statistiques seraient utilisés afin de déterminer l'approche la plus adaptée pour qu'un individu donné retrouve du travail) afin de minimiser le risque de consacrer inutilement des fonds et de l'énergie à des personnes qui pourraient aisément trouver un emploi par leurs propres moyens. La garantie d'activité devrait être réservée aux individus qui ont véritablement besoin d'une aide accrue pour retrouver du travail. Cela permettrait de libérer des ressources que les bureaux du SPE pourraient consacrer à des efforts plus ciblés de conseil professionnel et de suivi en faveur des chômeurs de longue durée. Limiter le temps passé dans le dispositif de garantie d'activité – à un ou deux ans par exemple, comme le recommandait l'Étude de 2001 – permettrait d'éviter que des individus ne l'utilisent pour recevoir des prestations d'assurance chômage indéfiniment.

Un assouplissement de la législation sur la protection de l'emploi pourrait faciliter l'accès de certains groupes au marché du travail

Compte tenu de l'enjeu essentiel que constitue l'augmentation de l'offre de main-d'œuvre, on peut penser que l'importance accordée à la législation sur la protection de l'emploi (LPE) devrait également être réexaminée. La Suède figure depuis longtemps parmi les pays de l'OCDE où la LPE est la plus stricte (voir le graphique 4.9). Or, cette législation peut faire obstacle à la hausse du taux d'emploi des groupes dont les liens avec le marché du travail sont distendus. Il n'existe pas de données internationales montrant clairement que la LPE influe sur le taux d'emploi, mais certains éléments indiquent qu'une LPE stricte réduit la mobilité ainsi les taux d'emploi et d'activité. En Suède, la règle du « dernier entré, premier sorti » inscrite dans la loi sur la protection de l'emploi constitue la principale restriction. Sa finalité est d'accorder une protection accrue aux travailleurs âgés et de réduire la stigmatisation associée aux licenciements. Ce traitement préférentiel réservé aux personnes qui occupent un poste depuis longtemps constitue sans doute une des principales raisons pour lesquelles l'ancienneté dans l'emploi est supérieure en Suède à celle observée dans d'autres pays (voir la précédente Étude). Cela peut se traduire par un capital humain plus spécifiquement adapté aux entreprises, mais ce système peut aussi réduire le capital humain de l'économie dans son ensemble en limitant le brassage des idées, et il fonctionne au prix d'un déficit de mobilité et d'entrepreneuriat. Il peut aussi

Graphique 4.9. La protection de l'emploi est relativement stricte en Suède

Rigueur globale de la législation sur la protection de l'emploi (LPE) en 2003



1. La valeur de cet indice synthétique, qui peut varier de 0 à 6, est proportionnelle à la rigueur de la LPE.

Source : *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, 2004.

empêcher les individus en fin de vie active de se tourner vers un emploi moins exigeant, et risque d'entraîner une augmentation des absences au travail, les actifs âgés s'efforçant d'alléger leur charge de travail. En conséquence, le temps de travail effectif risque d'être faible et caractérisé par une moindre efficacité.

Bien que les réductions d'effectifs ne soient pas difficiles en Suède, la question de savoir qui doit être licencié fait l'objet de négociations entre employeurs et syndicats. Cela peut renforcer l'aversion des premiers pour le risque lorsqu'ils embauchent – au détriment des groupes en marge du marché du travail, comme les immigrants, qui sont le plus souvent recrutés dans le cadre de contrats temporaires. Il pourrait en résulter un renforcement de la ségrégation et des inégalités sur le marché de l'emploi, ce qui irait à l'encontre des aspirations de la Suède en termes d'égalité. Une LPE moins stricte est susceptible d'empêcher une telle évolution. Le principal enjeu pour l'avenir étant d'accroître l'offre de main-d'œuvre, les pouvoirs publics doivent centrer leur action sur le relèvement du taux d'emploi des individus en marge du marché du travail, et non sur la protection des travailleurs intégrés.

Encadré 4.1. **Résumé des recommandations**

Réformer le système d'imposition de manière à renforcer les incitations au travail : réduire les taux d'imposition marginaux sur les revenus, en relevant les seuils d'imposition ou en abaissant les taux pour les deux tranches d'imposition. Les pouvoirs publics pourraient également obtenir des ressources financières en augmentant les impôts sur la propriété et en supprimant les taux préférentiels de TVA. De nouvelles hausses des écotaxes pourraient s'accompagner d'un allègement de la seule fiscalité des revenus du travail, et non de l'ensemble des impôts.

Réformer le dispositif de congé parental : améliorer la situation des femmes sur le marché de l'emploi en augmentant la fraction du congé non transférable entre parents. Éviter toute mesure allongeant la durée des congés pris par les mères, de manière à ne pas aggraver la ségrégation entre hommes et femmes et les pertes en capital humain. Ne pas rendre plus généreuses les prestations versées pendant le congé.

Rendre le congé d'études moins attrayant et supprimer le congé sabbatique : limiter les allocations versées au titre du congé d'études aux seules formations qui sont clairement liées à des activités professionnelles. Supprimer le dispositif de congé sabbatique.

Faire en sorte que les études supérieures débutent plus tôt et fluidifier le système d'enseignement supérieur : si les nouvelles mesures proposées par le gouvernement pour favoriser un commencement plus précoce des études supérieures se révèlent inadaptées, il pourrait aller plus loin en supprimant la possibilité d'améliorer les notes obtenues dans le deuxième cycle de l'enseignement secondaire dans le cadre des formations communales pour adultes. Les autorités pourraient également éliminer la possibilité de substituer des cours de conception locale à des cours normaux dans le calcul de la moyenne générale du deuxième cycle du secondaire, et les points supplémentaires correspondant à une expérience professionnelle pourraient être uniquement accordés lorsque cette expérience est en rapport avec les études considérées. Pour fluidifier le système d'enseignement supérieur, les autorités devraient durcir les conditions que doit satisfaire un individu pour démontrer qu'il étudie et qu'il est donc en droit de bénéficier des allocations d'études. Des dons devraient être accordés uniquement pour la durée minimale d'un programme d'études, et des prêts remboursables sous condition de ressources devraient être offerts en cas de dépassement. Les pouvoirs publics pourraient également instaurer des droits d'inscription associés à des prêts accordés sous condition de ressources. Si une telle option n'est pas acceptable, une autre possibilité consisterait à convertir une partie des prêts d'études en dons si la formation est achevée dans les délais impartis.

Améliorer l'intégration des immigrants : raccourcir les délais nécessaires aux autorités pour parvenir à une décision irrévocable sur les demandes d'asile, afin que la pleine intégration économique des immigrants concernés puisse débuter plus tôt. Continuer à œuvrer dans le sens de programmes d'intégration plus individualisés, qui soient axés sur les formations linguistique et professionnelle, recourir à des subventions salariales temporaires ou à des salaires préliminaires, et continuer à améliorer le processus de validation des qualifications étrangères.

Améliorer les politiques de l'emploi : progresser en termes d'efficacité et d'égalité dans la mise en œuvre des politiques du marché du travail en fusionnant le Conseil national du marché du travail et les conseils de comté du marché du travail. Durcir les sanctions applicables aux individus qui ne cherchent pas activement du travail, déclinent des offres d'emplois ou refusent de participer à des programmes actifs du marché du travail (PAMT).

Encadré 4.1. **Résumé des recommandations** (suite)

Confier les tâches de contrôle à un comité au sein de chaque organisme du service public de l'emploi (SPE), et non plus aux fonctionnaires responsables des dossiers. Supprimer les programmes du marché du travail inefficaces. Orienter plus rapidement les chômeurs vers des programmes de courte durée, afin d'intensifier leurs efforts de recherche et de contrôler leur disposition au travail, tout en mettant en place un système de profilage destiné à minimiser les pertes d'efficacité. Limiter la durée de la garantie d'activité, et la réserver aux individus qui ont véritablement besoin d'une aide accrue.

Assouplir la législation sur la protection de l'emploi (LPE) : un assouplissement de la LPE améliorerait probablement les perspectives d'emploi des groupes marginalisés.

Notes

1. Ces dispositifs ont d'abord été mis en place dans l'industrie manufacturière en 1995, et lorsque la convention collective actuelle applicable aux travailleurs de jour expirera en 2007, le nombre de jours ouvrables aura diminué de neuf par rapport à 1995 (Medlingsinstitutet, 2005). La réduction du nombre d'heures travaillées figure également à l'ordre du jour du gouvernement depuis un certain temps. Son comité chargé des nouvelles règles en matière de temps de travail et de vacances avait recommandé en 2002 l'introduction d'un système d'horaires variables, qui permettrait aux salariés d'obtenir l'équivalent de cinq jours de congé par an, mais aucune modification législative n'a encore été présentée en ce sens.
2. Dans cette étude, les taux marginaux d'imposition effectifs (ou « effets marginaux ») sont calculés comme la variation du revenu disponible d'un ménage résultant d'une augmentation des revenus salariaux bruts de 12 000 couronnes suédoises (soit 1 333 euros) par an. Cette méthode montre les effets conjugués des impôts marginaux, de la baisse des prestations et de la hausse des cotisations et droits liés au niveau des revenus. Les cotisations patronales et les impôts sur la consommation ne sont en revanche pas pris en compte.
3. Les prestations parentales sont versées pour une période de 480 jours (16 mois). Pendant 390 jours, elles représentent 80 % du revenu annuel, en étant toutefois plafonnées aux alentours de 115 % du salaire de l'ouvrier moyen. Les parents ayant des revenus faibles ou inexistantes reçoivent une prestation minimum garantie de 180 couronnes suédoises (20 euros) par jour. Pendant les 90 derniers jours du congé parental, un montant forfaitaire de 60 couronnes (6,7 euros) par jour est versé dans tous les cas de figure.
4. Les réfugiés sont autorisés à travailler s'il est prévu que l'examen initial de leur demande d'asile par l'Office des migrations suédois prenne plus de quatre mois, mais ce permis de travail leur est retiré si l'Office refuse finalement de leur accorder un titre de séjour, et les réfugiés ne sont pas autorisés à exercer une activité professionnelle au cours des procédures de recours consécutives. En outre, le service public de l'emploi est uniquement accessible aux réfugiés ayant obtenu un permis de séjour. La formation linguistique dispensée aux demandeurs d'asile ne leur permet pas d'intégrer le système normal d'enseignement suédois, contrairement au cours baptisé « Le suédois pour les immigrants » offert à ceux qui possèdent un permis de séjour.
5. Des ressources complémentaires ont été débloquées pour renforcer les capacités de traitement des demandes d'asile. Par ailleurs, le gouvernement a donné pour instructions à l'Office des migrations suédois de déterminer comment le processus pourrait être abrégé. Selon l'Office, la durée de l'examen initial des demandes d'asile a été raccourcie dernièrement, et l'objectif d'une période maximale de traitement (initial) de six mois est à portée de main.
6. Le système de retraite est autonome et distinct du budget de l'administration centrale. Il repose sur des principes actuariels, de sorte que toute compensation supplémentaire accordée en cas de prolongation d'une année de l'activité professionnelle le serait au détriment d'autres bénéficiaires de pensions si cette compensation était fournie dans le cadre du système actuel. Toute incitation

complémentaire visant à encourager les travailleurs âgés à se maintenir dans la population active devrait donc trouver sa source en dehors du système de retraite.

7. L'extension de la période d'indemnisation n'est censée être accordée que lorsque la perception prolongée de prestations d'assurance chômage offre de meilleures perspectives de mettre un terme aux périodes de chômage des individus que leur participation aux programmes relevant de la garantie d'activité. L'augmentation du nombre de prolongations accordées s'explique en partie par l'insuffisance du nombre de places offertes dans le cadre de ces programmes. Afin d'éviter que les personnes attendant de pouvoir bénéficier des programmes en question ne se trouvent exclues du système d'assurance chômage, la durée de versement des allocations de chômage est généralement prolongée.
8. Dans les instructions adressées au Conseil national du marché du travail pour 2004, le gouvernement lui demandait de veiller à ce que : i) les disparités régionales et locales concernant l'application des règles au sein du système d'assurance chômage soient sensiblement réduites, ii) l'instrument d'orientation et les possibilités de remise en question des droits aux prestations d'assurance chômage soient utilisés de manière plus efficace et plus fréquente, iii) toutes les mesures d'orientation vers des emplois ou des programmes du marché du travail soient suivies par le SPE, et iv) des analyses comparatives soient systématiquement effectuées. Pour ce faire, le principal moyen employé devrait consister en des lignes directrices indiquant plus clairement quand utiliser l'instrument d'orientation, quand remettre en question les droits aux prestations d'assurance chômage, et quand prolonger le versement de ces allocations au-delà de la limite normale de 60 semaines. Par ailleurs, la qualité des plans d'action individuels devrait être améliorée. Or le Conseil de l'assurance chômage suédois a estimé que les efforts déployés par le Conseil national du marché du travail dans ces domaines étaient insatisfaisants (IAF, 2004).
9. Grubb (2001) a montré que les sanctions étaient moins utilisées en Suède que dans d'autres pays. Cela est regrettable, car de simples avertissements peuvent avoir autant d'effet que les sanctions elles-mêmes, selon une étude relative à des données suisses (citée comme référence dans Fredriksson et Holmlund, 2004).
10. La garantie d'activité est censée s'appliquer au bout de 12 mois environ (et au plus tard après 27 mois) de chômage, et son principal objectif est d'empêcher que des individus ne restent inscrits à long terme auprès du SPE. Dans le cadre de cette garantie, des activités spécifiques de médiation et d'orientation, en sus des programmes classiques du marché du travail, sont offertes – en principe – à temps plein, et les programmes se succèdent sans interruption jusqu'à ce que le chômeur obtienne un emploi, intègre le système d'enseignement classique ou crée une entreprise. La garantie d'activité se distingue des autres PAMT par sa durée indéfinie, ainsi que par une assistance accrue à la recherche d'emploi (conseil professionnel) et un suivi renforcé (du fait de la nature à temps plein des activités).
11. Voir par exemple Calmfors et al. (2002), Fredriksson et Johansson (2003), Boone et van Ours (2004), et Forslund et al. (2004).

Bibliographie

- Århammar, A. (2004), « Migration och integration – om framtidens arbetsmarknad », Annex 4 to the Long-Term Survey, SOU 2004:73.
- Blöndal, S., S. Field et N. Girouard (2002), « Investment in Human Capital Through Post-Compulsory Education and Training: Selected Efficiency and Equity Aspects », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 333, Paris.
- Boone, J. et J.C. van Ours (2004), « Effective Active Labor Market Policies », IZA Discussion Paper n° 1335.
- Calmfors, L., A. Forslund et M. Hemström (2002), « Does Active Labour Market Policy Work? Lessons from the Swedish Experience », rapport de séminaire n° 700, Institut d'études économiques internationales, Université de Stockholm.
- Commission européenne (2004), « Parental Insurance and Childcare – Executive summary », Programme « Évaluations entre pairs » de la Stratégie européenne pour l'emploi, <http://peerreview.almp.org/en/sweden04/SWE04.htm>.
- Davis, S.J. et M. Henrekson (2004), « Tax Effects on Work Activity, Industry Mix and Shadow Economy Size: Evidence from Rich Country Comparisons », National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 10509, <http://papers.nber.org/papers/w10509.pdf>.

- Eklind, B., M. Hultin, B. Kashefi, L.E. Lindholm, E. Löfbom et K. Nyman (2004), « Vem tjänar på att arbeta? », annexe 14 de *Long-term Survey*, SOU 2004:2.
- Forslund, A., D. Fröberg et L. Lindqvist (2004), « The Swedish Activity Guarantee », IFAU Report 2004:4.
- Fredriksson, P. et P. Johansson (2003), « Employment, Mobility and Active Labour Market Programs », IFAU Working Paper 2003:3.
- Fredriksson, P. et B. Holmlund (2004), « Hur ser en optimal arbetslöshetsförsäkring ut? », *Ekonomisk Debatt*, No. 4.
- Grubb, D. (2001), « Conditions d'attribution des indemnités de chômage », in *Politiques du marché du travail et service public de l'emploi*, OCDE.
- IAF (2004), « Redovisning til Näringsdepartementet: IAF:s föreskrift om 'lampligt arbete' i arbetslöshetsförsäkringen; IAF:s kommentarer med anledning av AMS rapporter till regeringen om åtgärder för att förbättra tillämpningen av reglerna i arbetslöshetsförsäkringen m.m », www.iaf.se.
- Lundgren, S., P.B. Sørensen, A.S. Kolm et E. Norrman (2005), « Tid för en ny skattereform! », Konjunkturrådets Rapport 2005, SNS Förlag.
- Medlingsinstitutet (2005), *Avtalsrörelsen och lönebildningen 2004*, www.mi.se.
- OCDE (2001), « Équilibre entre travail et vie familiale : aider les parents à obtenir un emploi rémunéré », Chapitre 4 des *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Paris.
- OCDE (2004), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Paris.
- Prescott, E. (2004), « Why Do Americans Work So Much More Than Europeans? », National Bureau of Economic Research Working Paper No. 10316, February, <http://papers.nber.org/papers/w10316.pdf>.
- Runeson, C. (2004), « Arbetsmarknadspolitisk översigt 2003 », IFAU Report 2004:12.
- SOU (2004), *Tre vägar till den öppna högskolan*, Betänkande av Tillträdesutredningen, SOU 2004:29
- Statskontoret (2004a), « Individuella handlingsplaner vid arbetsförmedlingen – En utvärdering », Rapport 2004:15, Stockholm.
- Statskontoret (2004b), « Det nya Arbetsmarknadsverket », Rapport 2004:16, Stockholm.

Chapitre 5

Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé

Ce chapitre passe en revue les forces et les faiblesses du système de santé suédois ainsi que les défis auxquels il devra faire face dans l'avenir. Il examine les moyens d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, parmi lesquels diverses méthodes de rémunération des médecins généralistes, la question de l'équité du système par comparaison avec d'autres pays et le rôle de la participation des patients aux frais. Sont également abordés la garantie de délai d'attente maximum en chirurgie non urgente et les moyens de remédier aux disparités régionales dans la qualité des services. L'étendue de la décentralisation fait l'objet d'une interrogation quant à ses répercussions possibles sur la qualité des soins et l'utilisation rationnelle des ressources dans certains secteurs, notamment la psychiatrie et les soins aux personnes âgées. En ce qui concerne les hôpitaux, plusieurs améliorations sont envisagées, en particulier les systèmes de facturation à la pathologie et l'ouverture d'établissements à but lucratif. L'étude se termine par une réflexion sur ce qui pourrait être fait pour assurer au système un financement à la fois plus stable et plus durable.

Le système de santé de la Suède a fait l'objet d'un certain nombre de critiques ces dernières années. Pourtant, par rapport à la situation de nombreux autres pays de l'OCDE où des dysfonctionnements sont également pointés, les Suédois ont des motifs d'être satisfaits : ils ont des services de soins de grande qualité, le système est relativement bien financé et les divers intervenants ont fait preuve d'imagination en ce qui concerne la prestation et le financement des services. Mais les besoins auxquels doivent répondre les systèmes de santé évoluent. Les procédures non invasives se développent, que ce soit en régime ambulatoire ou même en dehors de l'hôpital. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées qui auront besoin de soins va augmenter, tandis que la mise au point de méthodes d'anesthésie plus légères a considérablement élargi la gamme des traitements qui pourront leur être proposés. Pour ce groupe de population, en particulier, il est nécessaire de mettre au point un modèle plus homogène dans lequel soins de santé primaires, prise en charge sociale et traitements hospitaliers s'articulent de façon plus cohérente. Dans le même temps, la tendance est à une plus grande spécialisation, c'est-à-dire, à terme, à la création d'un petit nombre de « centres d'excellence » appelés à pratiquer une médecine de haute technicité. D'où une première question essentielle concernant la décentralisation actuelle du système : offre-t-elle un cadre adapté face à ces évolutions ? À cela viennent s'ajouter plusieurs autres problèmes : il faut en particulier continuer de réduire la place de l'hôpital et améliorer pour cela l'accès aux soins primaires ; atténuer les disparités régionales en matière de qualité des soins et de pratique médicale ; améliorer l'articulation entre prise en charge médicale et prise en charge sociale ; poursuivre l'effort en faveur d'une utilisation plus efficiente des ressources, surtout dans le secteur hospitalier ; et asseoir le financement du système sur des bases plus stables, plus sûres et plus durables.

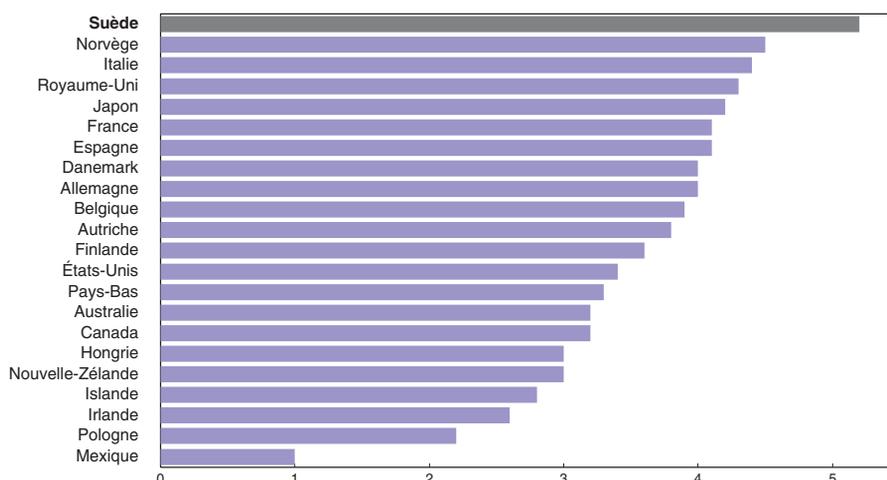
Contexte et description générale du système

La situation sociale et sanitaire – une population âgée mais en bonne santé

La Suède a une population relativement âgée, affichant notamment la plus forte proportion de personnes du quatrième âge (80 ans et plus) de tous les pays de l'OCDE (graphique 5.1). Elle fait donc l'expérience avant les autres des contraintes que le vieillissement démographique peut exercer sur un système de santé. D'un autre côté, l'état de santé des Suédois est relativement bon. La plupart des indicateurs sanitaires sont nettement au-dessus de la moyenne depuis plusieurs dizaines d'années (cf. annexe 5.A1). L'espérance de vie est longue et les décès médicalement évitables sont relativement peu nombreux dans la quasi-totalité des catégories de maladies. Autre fait non moins remarquable, dans certains secteurs, l'état de santé de la population a continué de s'améliorer à un rythme au moins aussi rapide qu'ailleurs. La mortalité infantile, par exemple, a diminué de moitié depuis 1990, alors que le pays affichait déjà à l'époque la deuxième meilleure performance de la zone OCDE. Des modes de vie sains contribuent certainement à ce bilan globalement satisfaisant. Les Suédois sont assez peu concernés

Graphique 5.1. **La population est relativement âgée**

En pourcentage de la population totale ayant 80 ans ou plus, 2002



Source : Éco-Santé OCDE 2004.

par l'obésité, leur apport calorique journalier est modéré et ils font beaucoup d'exercice, boivent moins d'alcool qu'ailleurs et ne sont pas de gros fumeurs (cf. annexe 5.A2).

Comme dans tous les autres pays du nord de l'Europe, ce sont les maladies circulatoires qui constituent le principal problème de santé, étant à l'origine de la moitié des décès. Il y a de grandes différences entre le nord et le sud du pays, de même qu'entre les grandes villes et les petites communes. Les problèmes cardiaques et le diabète sont beaucoup plus fréquents dans les régions rurales du nord, tandis que les cancers prédominent dans le sud et dans les villes. Comme dans beaucoup d'autres pays, les femmes jeunes forment un groupe singulier dont l'état de santé ne s'est pas amélioré au cours de ces dernières années, situation qui tient davantage à des problèmes psychosociaux qu'à des maladies physiques.

Le système de santé est fortement décentralisé

La Suède possède un système de santé intégré dont la majeure partie du financement et la quasi-totalité des services sont assurés par le secteur public. Ce sont les *conseils de comté*, au nombre de 20, auxquels s'ajoute une collectivité locale, qui en assument principalement la responsabilité (par commodité, nous ne parlerons plus que des 21 conseils de comté dans la suite de ce chapitre). Les conseils de comté possèdent et gèrent la plupart des hôpitaux et assurent la fourniture des soins primaires et des soins hospitaliers, y compris dans le domaine de la santé publique et de la prévention. De taille assez restreinte, les comtés ont une population médiane de 275 000 habitants; trois d'entre eux seulement comptent plus de 500 000 résidents. Les comtés se divisent généralement en plusieurs *districts* sanitaires ayant chacun à sa tête un conseil composés de membres élus. Il sont par ailleurs plus ou moins regroupés en six *régions médicales* dont le but est de renforcer la coopération dans le domaine des soins très spécialisés, la recherche et la formation. Chaque région rassemble un à deux millions d'habitants et comprend au moins un hôpital universitaire. Les comtés réglementent également les activités des prestataires de santé privés financés par le secteur public. Ils contrôlent l'installation des médecins

libéraux, déterminent le nombre de consultations que ceux-ci sont autorisés à donner chaque année et fixent le barème des honoraires qu'ils doivent pratiquer pour pouvoir être remboursés par le système d'assurance sociale. Les soins *primaires* sont essentiellement assurés par le secteur public. Seul un quart des consultations externes a lieu dans des structures privées, et la plupart d'entre elles proposent leurs services dans les grandes villes, sous contrat avec le conseil de comté. Les services de soins primaires entièrement privés sont rares. Les soins psychiatriques de longue durée et les soins aux personnes âgées et aux handicapés relèvent de la responsabilité des 289 *collectivités locales* (communes). L'*administration centrale* (par le biais de son Conseil national de la santé et de la protection sociale) intervient dans la définition des objectifs nationaux et des grandes lignes d'action, mais celles-ci ne sont pas toujours appliquées de manière uniforme dans l'ensemble du pays.

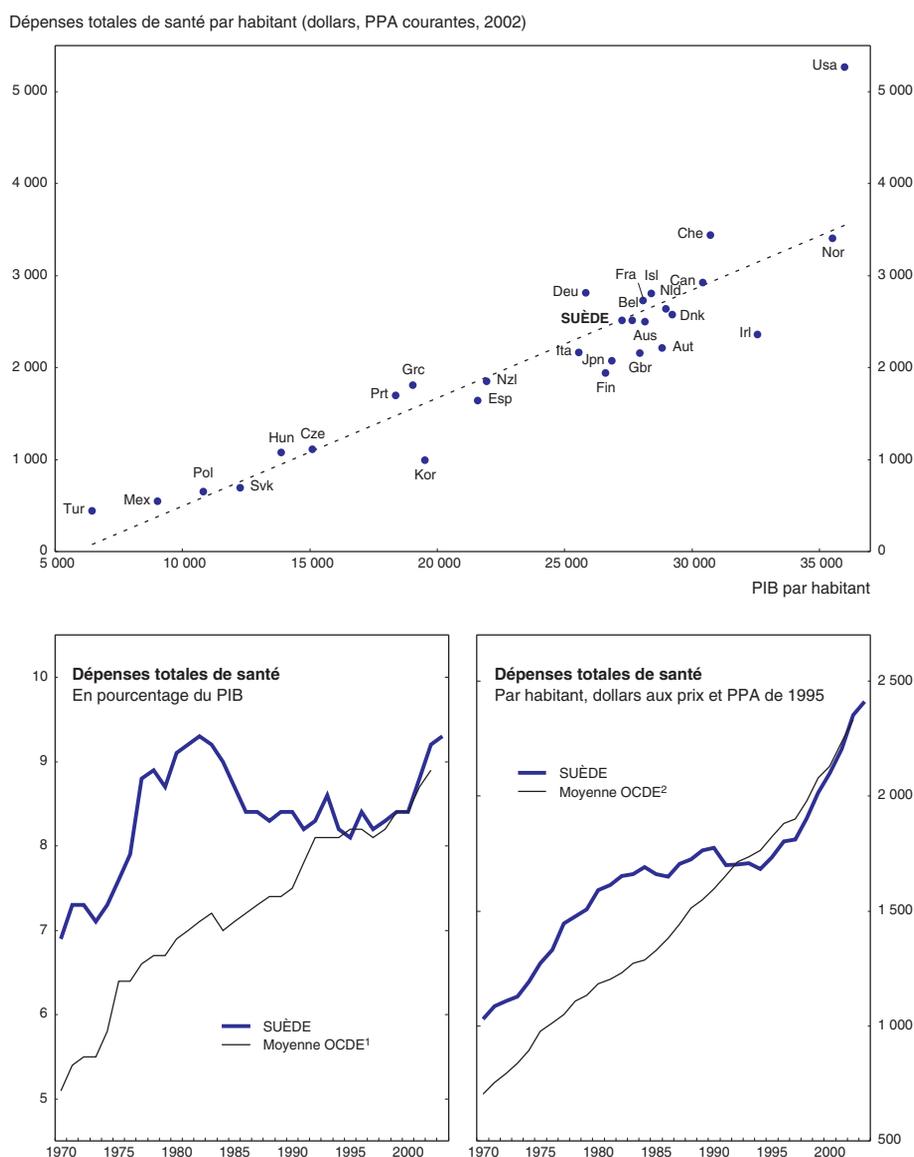
Il est principalement financé par les impôts sur le revenu

Les dépenses de santé sont essentiellement financées par le produit des impôts sur le revenu, la part des fonds privés (de l'ordre de 15 %) étant inférieure à la moyenne de l'OCDE, mais comparable au niveau observé dans les autres pays nordiques. Les versements directs des patients sont nettement en retrait de la moyenne de l'OCDE¹. L'assurance-maladie privée, quasiment inexistante, ne représente que 1 % des dépenses de santé. Globalement, le financement du système est à peu près proportionnel, en ce sens qu'il n'avantage ni les riches ni les pauvres².

Après avoir été nettement plus élevées que dans pratiquement n'importe quel autre pays tout au long des années 70 et 80, les dépenses de santé totales sont maintenant conformes à ce que le PIB par habitant laisse supposer (graphique 5.2). Du milieu des années 80 au milieu des années 90, les dépenses ont été sévèrement limitées, non seulement parce qu'il était devenu nécessaire, de manière générale, de contenir l'expansion du secteur de la santé, mais aussi à cause de la crise budgétaire du début des années 90 et de la cure d'austérité qui en a résulté pour le secteur public. Dans le domaine de la santé, la réforme structurelle de 1992, qui a transféré la responsabilité des soins aux personnes âgées et de certaines autres fonctions des comtés aux communes, a largement contribué à la maîtrise des coûts. C'est ainsi qu'un grand nombre de personnes âgées qui « immobilisaient » des lits dans des services de soins intensifs ont été orientées vers les établissements médicalisés de long séjour ou les soins à domicile. Malgré ces changements, cependant, le système suédois donne encore l'impression d'être plus axé sur l'hôpital que sur les soins de premier recours, même s'il est difficile de justifier cette impression par des faits concrets (graphique 5.3)³.

La période de modération des dépenses semble toutefois appartenir au passé. Entre 2000 et 2003, les dépenses de santé ont fait un bond de 23 %, ce qui est particulièrement surprenant étant donné que le coût des produits pharmaceutiques a peu augmenté. Cette progression des dépenses ayant de loin dépassé l'accroissement en volume des services, il faut donc l'imputer pour une large part à une hausse des salaires et des prix, ou à une baisse de la productivité, plutôt qu'à un effort destiné à développer l'offre (encore qu'une certaine incertitude plane sur la croissance du volume des services).

Graphique 5.2. Les dépenses totales de santé correspondent au revenu national



1. Moyenne non pondérée de 23 pays.

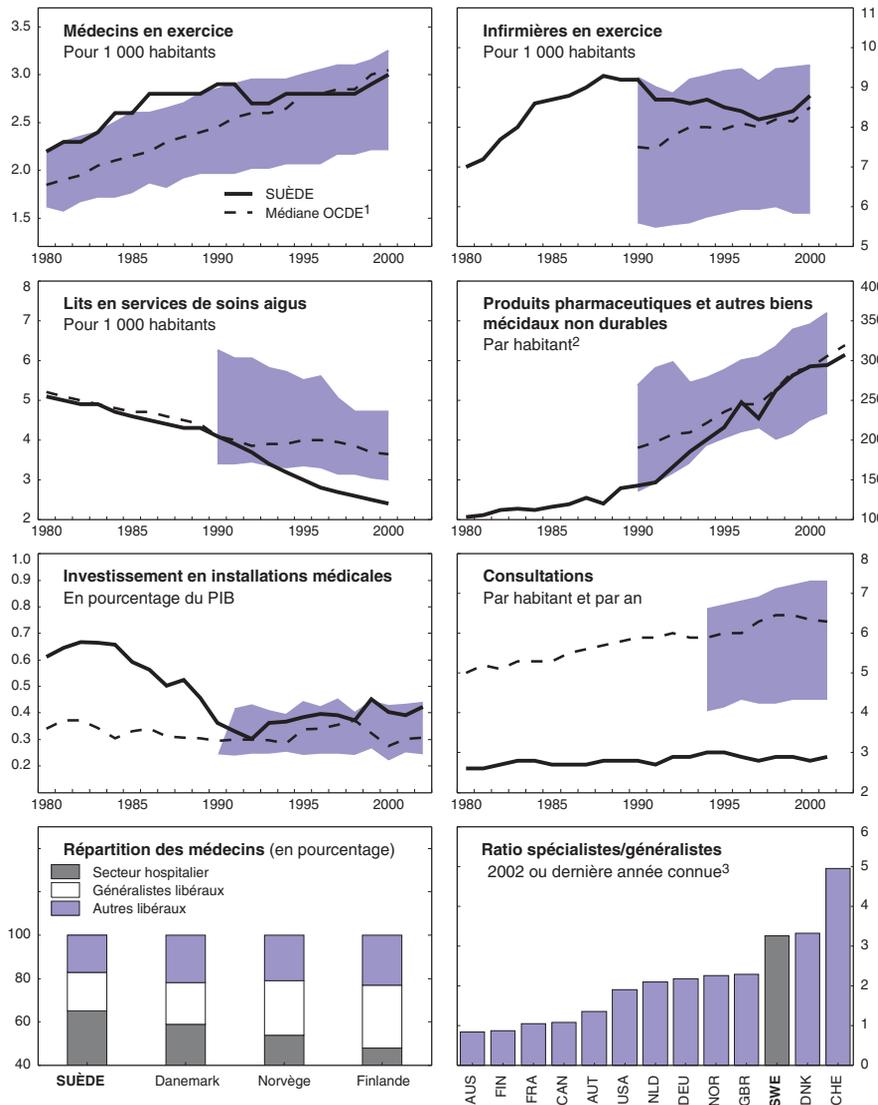
2. Moyenne non pondérée de 22 pays.

Source : Éco-Santé OCDE 2004.

Il faut s'attendre dans l'avenir à une forte poussée des dépenses, surtout dans le secteur des soins aux personnes âgées

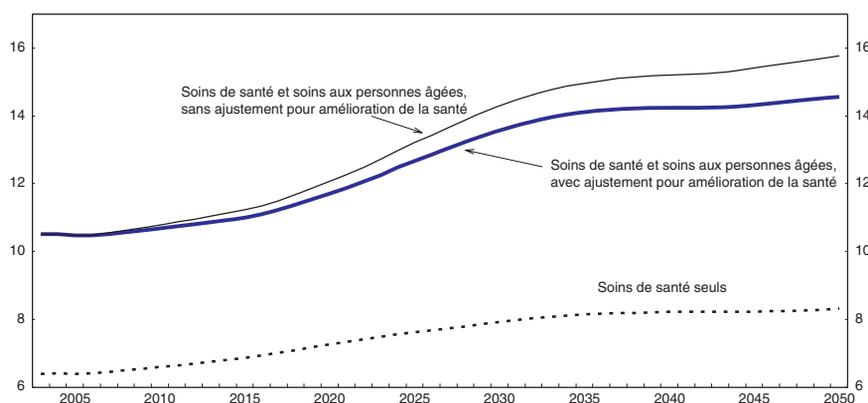
La Suède ayant une population relativement âgée, elle dépense pour la santé environ 10 % de plus qu'elle ne le ferait si sa population était aussi jeune que celle de l'Irlande ou des États-Unis, par exemple (SALA, 2004). Pourtant, malgré cette « longueur d'avance », on prévoit que le pays verra ses dépenses augmenter plus vite que la moyenne de la zone OCDE au cours des décennies à venir (Bains et Oxley, 2005). Cette évolution serait essentiellement à mettre au compte des soins aux personnes âgées, qui connaîtraient une progression plus forte que le reste du système (graphique 5.4)⁴.

Graphique 5.3. Utilisation des ressources dans le secteur de la santé



1. La zone ombrée correspond aux deux quartiles intermédiaires (la moitié des pays entrent dans cette fourchette). Le nombre de pays utilisé pour calculer la médiane est différent dans chaque panneau, mais se situe entre 12 et 24. L'écart interquartile n'est calculé que si des données sont disponibles pour 18 pays au moins.
 2. En dollars, aux prix et PPA de 1995.
 3. Pour la Suède, le nombre de spécialistes ne comprend pas les spécialistes de la médecine familiale.
- Source : Éco-Santé OCDE 2004.

Les pressions exercées par le vieillissement se feront aussi sentir sur le marché du travail, avec l'apparition probable de graves pénuries de personnel dans certaines régions. Si le rapport entre le nombre de professionnels de santé et le nombre de patients reste inchangé, le secteur des soins aux personnes âgées aura besoin d'employer près de 9 % de la population active en 2050, tandis que le secteur de la santé dans son ensemble occupera plus d'un travailleur sur six. C'est donc pour attirer du personnel que les salaires devront augmenter d'environ 10 % de plus dans le secteur public que dans le secteur privé, d'ici 2020, d'après les prévisions budgétaires.

Graphique 5.4. **Pression des dépenses sur le long terme**

Note : Ce graphique fait apparaître les dépenses publiques au titre des soins de santé et des soins aux personnes âgées, et non les dépenses totales.

Source : Ministère des Finances.

Les points forts

Les soins sont apparemment de bonne qualité

Ainsi qu'il a été noté précédemment, la population jouit d'un bon état de santé au regard des normes internationales. Mais il est difficile de savoir dans quelle mesure cela tient au système de soins et dans quelle mesure au mode de vie et à des facteurs génétiques. Les résultats cliniques, tels que les taux de survie après traitement, fournissent de meilleurs indicateurs lorsqu'il s'agit d'évaluer la performance d'un système de santé. Malheureusement, les comparaisons internationales sont rares en ce domaine et, qui plus est, difficiles à interpréter. La Suède arrive néanmoins en bonne place dans les quelques-unes qui ont été réalisées. Elle figure par exemple au premier rang des 19 pays de l'OCDE examinés dans une étude récente qui a modifié le classement bien connu des systèmes de santé établi par l'OMS en se fondant sur une analyse des taux normalisés de mortalité due à des causes qui auraient pu être traitées⁵. Elle se situe également en bonne position dans les évaluations comparatives de la performance des systèmes de santé que l'OCDE a effectuées sur la base de trois pathologies (où sont examinés, par exemple, les taux de survie des victimes d'infarctus)⁶.

Le système est innovant et flexible

Par comparaison avec les autres pays, le système de santé suédois semble être l'un des plus innovants et des plus flexibles. Sa très grande décentralisation explique en partie cette réalité. Les conseils de comté peuvent choisir leur propre structure opérationnelle et nombre d'entre eux laissent à chaque prestataire de soins une grande autonomie. Certains comtés ont mis cette liberté à profit et ont été à l'avant-garde des évolutions internationales en matière de soins de santé. Le « modèle de Stockholm », comme il est convenu de l'appeler, est à cet égard l'initiative la plus connue, mais ce n'est pas la seule. Lorsqu'une formule expérimentée dans un comté a fait ses preuves, elle tend à être adoptée par d'autres sous diverses formes. Par rapport à beaucoup d'autres pays, l'évolution des soins primaires a été plus rapide, avec la mise en place de centres pluridisciplinaires bien équipés qui ont pris le relais des généralistes isolés; les infirmières

de district ont de larges responsabilités, elles gèrent leurs propres malades et font des visites à domicile; des progrès ont été faits en matière de « continuité des soins », grâce à une meilleure transition entre soins hospitaliers et soins ambulatoires (même si le système ne fonctionne pas encore aussi bien qu'il le pourrait); les hôpitaux se sont spécialisés et (sauf quelques exceptions) tendent à être financés et gérés de manière plus professionnelle que dans le passé; enfin, il y a une plus grande transparence et une volonté plus manifeste de trouver des solutions en ce qui concerne le problème des longues listes d'attente.

La médecine factuelle sert à améliorer la qualité des services et à fixer les priorités

La Suède est un exemple à suivre dans l'utilisation qu'elle fait de ses bases de données médicales pour procéder à des évaluations comparatives et améliorer la qualité des traitements sur l'ensemble du territoire. Les registres nationaux de la qualité qui ont été mis en place, au nombre d'une cinquantaine, sont la vitrine de ce dispositif. Y sont consignées au cas par cas un certain nombre d'informations sur le diagnostic, le traitement et les résultats obtenus pour une série de maladies ou d'états pathologiques spécifiques. Les premiers registres ont été mis en place par la profession médicale dans les années 70, avec pour objectif de contribuer à l'information et à la recherche sur les meilleures pratiques. La compilation est facultative⁷, mais la pression des pairs a fait que la plupart des bases de données ont un taux de couverture très élevé. Le système étant principalement lié à l'hôpital, il fournit toutefois assez peu de renseignements sur les services de consultations externes. Un nouveau registre de la qualité vient d'être mis en place pour les soins psychiatriques.

Les registres se sont révélés particulièrement efficaces pour réveiller les hôpitaux dont les performances dans tel ou tel domaine laissent à désirer. Ils ont aussi facilité la circulation de l'information sur les méthodes de traitement et les sources de problèmes, permettant ainsi d'alerter rapidement les intervenants sur les défaillances des nouvelles procédures et techniques de traitement (encadré 5.1). Peu à peu, les professionnels de santé ont commencé à ouvrir leurs registres au public, ce qui a conduit les médias à s'intéresser de très près au bas du palmarès.

Certains acteurs du système de santé ont commencé à utiliser officiellement les données cliniques pour mettre en place de nouvelles règles d'attribution des priorités. Le but est d'être plus rigoureux et plus ouvert dans un domaine où les décisions sont jusqu'à présent restées dans l'ombre. Le comté d'Östergötland a été le premier à établir un classement des traitements en fonction de critères d'efficacité médicale et de coût, et à le publier sur l'Internet. Il a également fait paraître une liste de procédures dont l'utilité est jugée insuffisante pour pouvoir continuer à bénéficier de fonds publics, mais la tempête qui s'en est suivie dans les médias l'a obligé à faire machine arrière sur la question. Par ailleurs, en collaboration avec l'université de Linköping, le comté d'Östergötland a créé un centre pour l'évaluation des techniques médicales qui procède à des évaluations comparatives par pathologie afin de définir des priorités. Ainsi, avant de passer un contrat avec des chiropraticiens du secteur privé, le conseil du comté a demandé au centre une étude sur l'efficacité et le coût de la chiropraxie par rapport à la kinésithérapie. Le Conseil national de la santé et de la protection sociale a lui aussi plusieurs projets concernant l'établissement des priorités, tandis que le Conseil suédois de l'évaluation technique en santé (SBU) étudie et fait la synthèse des publications médicales internationales en vue de diffuser les meilleures pratiques dans la profession.

Encadré 5.1. **Les registres nationaux de la qualité : exemples**

Le *registre national de la chirurgie cardiaque*, créé en 1992, réunit des informations sur la quasi-totalité des interventions pratiquées dans la discipline. Y sont consignées des données de base sur les patients tels que l'âge et le sexe, les facteurs de risque tels que la taille et le poids, les antécédents médicaux et les médicaments utilisés, les méthodes de diagnostic, les détails du traitement, les complications et la date du décès. Le principal indicateur qui en est extrait est le taux de mortalité. Les taux de mortalité à 30 jours de chaque service sont publiés chaque année, ce qui donne lieu à des débats intenses sur les écarts constatés entre les différents services de cardiologie. Depuis la mise en place du registre, la mortalité à 30 jours après chirurgie coronarienne est tombée à des niveaux qui soutiennent avantageusement la comparaison avec les autres pays.

Le *registre national des arthroplasties de la hanche* a été créé en 1979 et, comme le registre de la chirurgie cardiaque, il couvre toutes les interventions. Y sont consignés l'âge et le sexe du patient, le diagnostic préopératoire, le type de prothèse et les techniques de fixation, et le nombre de réopérations. C'est ce dernier indicateur qui est privilégié. Les travaux de recherche qui ont été menés à partir des données de ce registre ont permis de conclure que les prothèses cimentées donnaient de meilleurs résultats et moins de complications que les prothèses sans ciment. Ils se sont traduits par une amélioration des techniques de cimentation et une réduction sensible des taux de réopération. Aujourd'hui, les prothèses de hanche sans ciment ne sont utilisées que dans 4 % des cas, contre 14 % en Norvège et 50 % aux États-Unis.

Le *registre national des accidents vasculaires cérébraux* a vu le jour en 1995. Il recueille le détail des traitements immédiatement dispensés après un accident aigu et la prise en charge thérapeutique dans les trois mois qui suivent. L'analyse du registre a confirmé les résultats d'études randomisées en montrant que les patients traités dans un service spécialisé présentaient un plus faible taux de mortalité et de handicap et avaient plus de chances de revenir vivre chez eux que les autres. Elle a également mis en évidence des disparités importantes dans le pays en ce qui concerne la proportion de patients traités dans un service spécialisé et l'utilisation de médicaments tels que les anticoagulants (dont le taux allait de moins de 10 % des patients dans un service à plus de la moitié dans un autre). Grâce à ces informations, des mesures ont pu être prises pour améliorer la situation.

Les patients ont de larges possibilités de choix

Les conseils de comté ont progressivement donné aux patients une plus grande liberté de choix quant au lieu où ils souhaitent se faire soigner et au professionnel de santé qu'ils veulent consulter. À l'heure actuelle, les patients peuvent choisir leur dispensaire, leur médecin généraliste et leur hôpital préféré. Ils peuvent également décider s'ils veulent être traités dans un centre de soins ou directement à l'hôpital dans un service de consultations externes. Dans certains comtés, il est nécessaire de consulter un généraliste pour pouvoir être orienté vers un spécialiste, et le même mécanisme d'orientation préalable s'applique aussi parfois pour l'accès aux services de soins relevant d'autres régions. Cependant, si les patients jouissent d'une grande liberté de choix, les comtés n'en essayent pas moins d'influer sur leurs décisions par certains moyens, par exemple en facturant moins cher une consultation de généraliste qu'une consultation à l'hôpital, et plus cher les soins dispensés en dehors de la région.

Principaux défis

Malgré ces atouts, le système est actuellement confronté à certains problèmes, parmi lesquels la nécessité d'améliorer l'accès et la productivité du système de soins primaires pour atténuer les pressions qui pèsent sur le secteur hospitalier; de renforcer la coordination et de réduire le cloisonnement entre les différentes branches du système; de généraliser à l'ensemble du territoire les réformes qui ont permis de réaliser des gains de productivité dans les hôpitaux de certains comtés; et d'essayer de donner au système une assise financière plus stable et plus durable.

Améliorer l'accès aux soins primaires

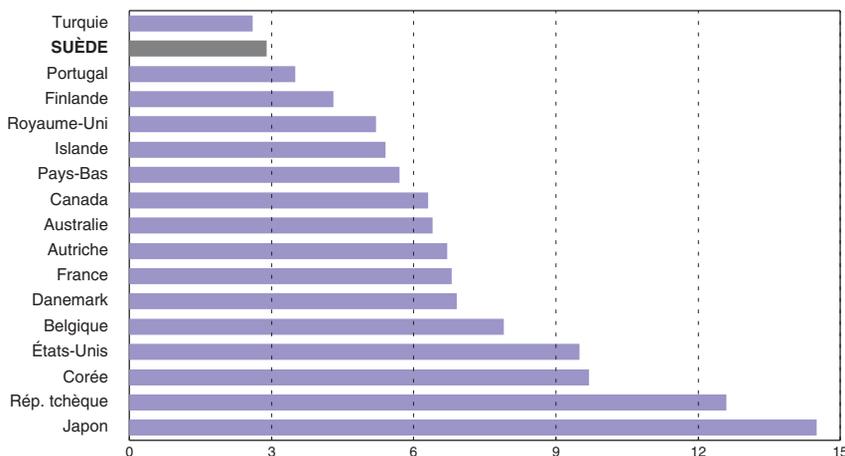
L'accès aux soins primaires peut parfois s'avérer difficile. Les heures d'ouverture des dispensaires ne sont pas pratiques et on n'obtient pas toujours un rendez-vous quand on veut⁸. Du coup, la moitié des patients s'adressent directement à l'hôpital, ce qui explique le nombre relativement faible de consultations primaires données par les médecins (graphique 5.5)⁹. Cette situation est à la fois peu commode et coûteuse, et elle signifie en outre que les médecins sont sans doute mal placés pour assurer la « continuité » des soins dont beaucoup de patients ont besoin.

Les médecins de famille ne sont pas assez nombreux et ils ont des horaires de travail limités

Si le nombre de médecins en exercice par habitant est comparable à ce que l'on observe dans la zone OCDE, il n'en va pas de même de leur répartition entre les différentes disciplines. En particulier, il y a trop de spécialistes par rapport aux généralistes, ce qui non seulement nuit à l'efficacité du système, mais risque aussi d'avoir pour effet, plus grave, d'en compromettre la qualité puisque les chirurgiens doivent effectuer un nombre minimum d'interventions chaque année pour « rester en exercice ». La faible densité de médecins de premier recours est en outre aggravée par le fait qu'ils ont, dans leur profession, l'horaire de travail le plus court de toute l'Europe (Eurostat, 2001)¹⁰. On pourrait

Graphique 5.5. **Les Suédois ne vont pas souvent chez le médecin**

Consultations avec un médecin en service ambulatoire par personne et par an, moyenne 1998-2002 (ou dernière année connue)



Source : Éco-Santé OCDE 2004.

accroître la productivité des médecins en modifiant leur système de rémunération. À l'heure actuelle, la plupart des médecins perçoivent un salaire fixe, ce qui ne les incite guère à voir davantage de patients ou à s'en occuper de manière plus efficiente. Si l'on en juge par les données internationales sur la question, une forme de rémunération liée à l'activité serait donc une amélioration, puisqu'il est prouvé que les mécanismes de paiement à l'acte ont un effet positif sur l'offre de services de soins. Cela dit, le paiement à l'acte semble aussi entraîner une réduction du taux de patients orientés vers des spécialistes et du nombre d'ordonnances, et lorsqu'il n'est associé à aucun autre mode de rémunération, il peut aussi inciter à multiplier les prestations de manière excessive (OCDE, 2004). C'est pourquoi plusieurs pays s'orientent maintenant vers des solutions mixtes associant paiement à l'acte et paiement à la capitation. La Suède avait brièvement eu recours à ce système en 1994, dans le cadre de la loi sur le médecin de famille qui avait alors été adoptée pour encourager les médecins de premier recours à exercer dans le secteur privé. Outre l'introduction du nouveau système de rémunération, cette loi comportait une disposition qui autorisait les patients à changer de médecin de famille tous les 12 mois, mais elle a été abrogée un an plus tard par le nouveau gouvernement, et cela bien que la réforme ait été plébiscitée par la plupart des médecins (Quaye, 2001). Plus récemment, le comté de Stockholm a eu recours à son tour au principe de la rémunération mixte pour les médecins, et comme les résultats se sont avérés positifs, il a décidé de l'étendre à tous les prestataires de soins primaires à compter de 2005, selon une formule associant à parts égales le paiement à l'acte et la capitation. Cependant, toute évolution vers des modes de paiement liés à l'activité devrait être mûrement réfléchi afin de ne pas faire baisser la productivité en encourageant les médecins à accomplir les actes élémentaires qu'ils délèguent aujourd'hui aux infirmières.

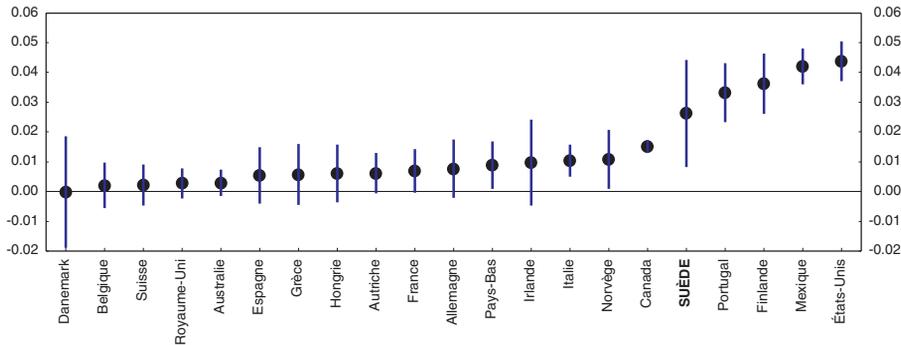
Les soins primaires sont plus accessibles aux groupes aisés

La Suède appartient à un groupe de pays (aux côtés des États-Unis, du Portugal, du Mexique et de la Finlande) où l'accès aux soins primaires est inéquitable en ce sens que la probabilité de consulter un généraliste y est plus grande pour les personnes disposant de hauts revenus (graphique 5.6)¹¹. En outre, il semble que cette inégalité se soit aggravée avec le temps (Whitehead et al., 1997). En revanche, l'accès aux soins hospitaliers ne dépend pas du revenu. D'autre part, si les groupes à revenus élevés sont également favorisés pour ce qui est de l'accès aux soins dentaires, il en va de même dans tous les pays de l'OCDE, et c'est encore la Suède qui présente de ce point de vue les moindres disparités. Quoi qu'il en soit, qualifier l'ampleur des inégalités d'accès aux soins primaires est affaire de subjectivité : à besoin égal, le nombre moyen de consultations de généralistes dans le quintile de revenu inférieur est de 0.81 par trimestre, contre 0.98 pour le quintile supérieur.

Les raisons pour lesquelles l'accès aux médecins de premier recours est moins équitable que dans d'autres pays ne sont pas évidentes. Le prix de la consultation pourrait être une explication, mais cela n'est pas du tout clair. Les patients payent une somme minimale pour la plupart des services médicaux. Chaque comté fixe lui-même ses tarifs, mais ceux-ci sont assez uniformes dans l'ensemble du pays. Une consultation de généraliste, par exemple, coûte environ 100 couronnes (11 euros) et elle est gratuite pour les moins de 20 ans. De plus, l'administration centrale impose un plafond à la participation des patients, qui est d'environ 100 euros par an pour les soins ambulatoires. En matière d'accès aux soins primaires, les inégalités liées au revenu ne se vérifient semble-t-il, d'après les données suédoises, que parmi ceux qui n'ont pas souvent recours au système;

Graphique 5.6. L'accès aux consultations de médecins est relativement inéquitable

Indices d'inéquité horizontale pour la probabilité d'une consultation de médecin, 2000



Note : Les points sont des indices d'inéquité horizontale qui résument l'inégalité de la probabilité d'au moins une consultation de médecin (par an) par quintiles de revenus après prise en compte des différences de besoins (variation de l'état de santé autodéclaré). Des valeurs positives de l'indice dénotent une inéquité en faveur des personnes aisées ; des valeurs négatives dénotent une inéquité en faveur des personnes ayant peu de ressources. Les lignes verticales représentent l'intervalle de confiance de 95 %.

Source : Van Doorslaer, Eddy et Cristina Masseria (2004), « Income Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD countries », OCDE, Health Working Paper No. 14.

pour les gros consommateurs de soins, l'accès n'est pas lié au revenu (Gerdtham et Trivedi, 2000). Ce résultat est exactement celui auquel on peut s'attendre dans un système comme celui de la Suède où l'utilisateur participe aux frais jusqu'à concurrence d'un plafond annuel. Pourtant, d'après les enquêtes, le coût des soins n'a pas d'effet dissuasif significatif sur les patients : en 1999, 2,3 % seulement de la population adulte (1½ pour cent des personnes âgées de 60 ans et plus) déclaraient ne pas se faire soigner pour des raisons de coût¹². Une seconde explication des inégalités d'accès est qu'elles seraient davantage dues à l'offre qu'à la demande, les médecins libéraux étant bien plus nombreux dans les quartiers aisés des grandes villes. La plupart des médecins libéraux ont des contrats avec le conseil de comté et sont remboursés sur des fonds publics, la principale différence avec les médecins du secteur public étant qu'au lieu de recevoir un salaire fixe comme ces derniers, ils sont généralement payés en fonction des cas traités. Ils sont donc incités à travailler plus et à voir davantage de patients. Si tel est le cas, les « inégalités » nous en disent alors peut-être plus long sur les avantages des systèmes de paiement à l'acte que sur les inconvénients de la participation aux frais.

Réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes

Il y a longtemps déjà que la longueur excessive des délais d'attente pour la chirurgie non urgente pose un problème politique, et que l'on s'efforce de prendre des mesures, comme la garantie de délai d'attente (cf. encadré 5.2), pour y remédier. Il existe peu d'informations, cependant, pour déterminer si ce problème est plus grave en Suède que dans les autres pays dotés d'un système public gratuit (mais le fait qu'il n'y ait guère de demande d'assurance privé donne à penser que ce n'est probablement pas le cas)¹³. Une nouvelle garantie nationale de traitement a été adoptée en 2003, mais un désaccord avec les comtés sur la nécessité ou non de subventions supplémentaires en a retardé la mise en œuvre (à présent fixée au 1^{er} novembre de cette année). La nouvelle règle applicable peut être

Encadré 5.2. La garantie de délai d'attente maximum

Les délais d'attente pour certaines procédures avaient pris des proportions inacceptables à la fin des années 80 : il était alors normal d'attendre plus d'une année pour une prothèse de hanche, un pontage coronarien ou une opération de la cataracte, par exemple. En 1991, les conseils de comté et le gouvernement ont donc décidé d'instituer un délai d'attente maximum pour 12 procédures chirurgicales sélectionnées. Le principe était qu'au-delà de trois mois d'attente, un patient avait alors la possibilité de s'adresser à un autre hôpital que celui, public ou privé, auquel il était rattaché, aux frais du comté. Une dotation supplémentaire de quelque 500 millions de couronnes (équivalant à une hausse de 0.4 % du budget de la santé) était prévue pour financer cette nouvelle mesure.

La réforme s'est traduite par une forte réduction des délais d'attente, au moins dans un premier temps. Par exemple, l'attente moyenne en chirurgie coronarienne était tombée de plus d'un an à six semaines seulement à la fin de 1992. Pour les opérations de la cataracte, la proportion de patients traités dans un délai de trois mois est passée de 25 % en 1991 à 70 % en 1992, et à 60 % en 1993.

Au départ, il semble que le succès soit venu d'un accroissement de l'offre et d'une meilleure gestion des listes d'attente. Dans la plupart des cas, la réaction des hôpitaux a été d'accroître la productivité, de réorganiser les méthodes de travail et de favoriser l'adoption de nouvelles technologies, notamment en chirurgie ambulatoire (Or, 2002). En général, la garantie de délai d'attente semble avoir conduit les hôpitaux à utiliser leurs ressources de manière plus efficiente. Il est intéressant de noter, en particulier, que les patients ont rarement été orientés vers d'autres services où les listes d'attente étaient moins longues. En outre, il n'y a pas eu d'effets secondaires significatifs, par exemple au détriment d'autres procédures non couvertes par la réforme (Hanning, 1996).

Cela dit, le succès s'est révélé temporaire. Les délais d'attente moyens ont recommencé à s'allonger après les deux premières années et se rapprochaient même dans certains cas de leurs niveaux initiaux à la fin de 1996, lorsque la garantie a été réformée. Conçues pour améliorer l'accès au système de santé, les nouvelles dispositions adoptées garantissaient un délai maximum pour un premier rendez-vous avec un généraliste ainsi que pour les consultations de médecins spécialistes, mais pas pour les traitements à l'hôpital. Elles n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation en bonne et due forme, et ont été remplacées à leur tour par une autre mesure en 2003 (voir le corps du texte).

résumée par la formule « 0-7-90-90 » : aucune attente pour la prise de contact avec les services de santé, la consultation d'un généraliste dans un délai de 7 jours, celle d'un spécialiste dans un délai de 90 jours et une attente maximum de 90 jours entre le diagnostic et le traitement.

L'un des problèmes posés par cette nouvelle garantie est qu'elle ne réduit pas nécessairement le temps d'attente médian pour l'ensemble du système. Sans accroissement de la production, moyennant une augmentation des ressources ou de la productivité, elle risque simplement d'écourter les délais les plus longs pour allonger les plus courts. Ce n'est pas forcément une mauvaise chose, car du point de vue du bien-être, le gain du patient qui attendait depuis très longtemps l'emporte probablement sur la perte de celui qui verra son court délai d'attente s'allonger légèrement, de sorte qu'il en résultera globalement un bilan positif. Mais le principe du gouvernement selon lequel les cas les

plus urgents doivent être traités en priorité risque de s'en trouver malmené. La Suède ferait donc mieux de se tourner vers une autre solution plus élaborée comme le système de points que la Nouvelle-Zélande a adopté pour établir l'ordre de priorité entre les patients. De cette façon, la date d'inscription sur la liste d'attente ne serait que l'un des facteurs – et non plus le seul facteur – pris en compte pour déterminer l'ordre de prise en charge des patients une fois placés en liste d'attente.

D'autres réformes structurelles pourraient s'avérer plus efficaces que la garantie de traitement pour réduire les délais d'attente. Siciliani et Hurst (2003) ont montré que ces délais tendent à être plus courts dans les systèmes qui disposent d'une plus grande capacité (davantage de lits ou de médecins, par exemple) et où le système de paiement des médecins et des hôpitaux est lié à leur activité. Des incitations financières directes aux prestataires peuvent aussi apporter une solution. En Espagne, par exemple, la prise en charge des patients hospitalisés s'est considérablement accélérée après l'introduction de primes encourageant les équipes et les hôpitaux à réduire les délais d'attente.

Le recours au secteur privé offre-t-il un moyen d'écourter les listes d'attente?

L'assurance privée peut être un moyen de soulager le système public, à condition cependant qu'elle soit strictement encadrée de façon à ne pas avoir de retombées négatives sur le système public. À l'heure actuelle, l'assurance privée ne concerne que 1½ pour cent de la population, généralement des cadres assurés par leur employeur qui acquitte les primes. Les polices ne couvrent en principe que les interventions chirurgicales non urgentes qui ne sont pas prises en charge par le régime public, et les traitements ont lieu dans des hôpitaux privés. Si le marché de l'assurance maladie privée n'est pas aussi développé en Suède que dans certains autres pays, c'est en partie parce que ce type de régime ne bénéficie pas d'une fiscalité favorable, mais il faut peut-être y voir aussi le signe que le système en place fonctionne plutôt bien pour les personnes qui ont de graves problèmes de santé.

Les principaux avantages de l'existence, parallèlement au système public, d'un système à la fois géré et financé par le secteur privé sont qu'elle permet d'accroître le financement de la santé sans toucher aux deniers de l'État, et d'améliorer le bien-être des malades en écourtant les délais d'attente. En effet, si certains patients choisissent de se faire soigner dans le secteur privé, non seulement ils en tirent eux-mêmes un avantage, mais ils contribuent aussi de cette façon à réduire le temps d'attente d'autres patients pris en charge dans le secteur public. Les hôpitaux privés représentent un gain de capacité qui peut aussi être intéressant pour le système public. Par exemple, Sophiahemmet, le plus grand hôpital privé de Suède, vend de la capacité d'accueil au conseil du comté dans lequel il se trouve, ce qui permet de réduire le temps d'attente dans les hôpitaux publics. La principale préoccupation du gouvernement est que le recours à l'assurance privée ne permette pas à certains patients de « resquiller » lorsqu'ils se font traiter dans les hôpitaux publics. En principe, cela ne devrait pas être possible en Suède, mais dans la réalité, il est vrai que les équipes de santé travaillent en étroite coopération les unes avec les autres, et que les médecins circulent librement entre secteur public et secteur privé (Lofgren, 2002a). Par conséquent, il faudrait que le gouvernement renforce le cadre réglementaire si le marché de l'assurance privée commençait à prendre de l'ampleur. À court terme se poserait aussi une question de transition : dans la mesure où l'on ne peut pas accroître le nombre de médecins du jour au lendemain, une expansion trop rapide du secteur privé,

dans un contexte de faible capacité disponible, risque de se faire aux dépens de l'offre dans le système public.

Le système est peut-être trop fragmenté

Il n'est sûr que le degré actuel de décentralisation soit approprié pour un système médical du XXI^e siècle dans lequel la « continuité des soins », le recours à des techniques coûteuses et l'intégration européenne joueront un rôle de plus en plus important. La taille réduite de certaines composantes du système commence déjà à poser des problèmes évidents. De ce point de vue, deux aspects sont à distinguer : la taille des unités politiques (comtés) et la taille des hôpitaux et centres de santé. Les problèmes les plus graves sont ceux qui nuisent à la qualité des prestations et à la sécurité des patients. Il est difficile de dire quelle devrait être dans l'idéal la taille d'un hôpital ou d'une région sanitaire (ce qui dépend à l'évidence du type de traitement), mais le Conseil national de la santé et de la protection sociale estime qu'un hôpital de soins aigus a besoin d'un bassin de fréquentation d'au moins 80 000 à 90 000 habitants. Or, bien que quelques petites unités aient été fermées ou regroupées, un hôpital d'urgence sur trois est encore en deçà de la taille minimale requise. Une trop grande fragmentation des services peut aussi nuire à la qualité en réduisant la cohérence entre prestataires, les dossiers des patients pouvant par exemple être traités par des dizaines de systèmes informatiques incompatibles entre eux. Il serait plus facile de remédier à ces problèmes si les comtés étaient moins nombreux, car des unités politiques plus grandes seraient probablement mieux à même de rationaliser les ressources, par exemple en amenant les hôpitaux à se spécialiser (et dans certains cas en fermant des services). Si les conseils de comté se sont plus ou moins regroupés en six régions médicales afin d'améliorer la coopération dans le domaine des soins très spécialisés (de sorte que chaque comté n'ait pas son service de chirurgie thoracique, par exemple), la concertation est beaucoup moins évidente pour ce qui est des traitements « ordinaires » et des questions administratives courantes¹⁴. La décentralisation et la fragmentation des responsabilités sont aussi à l'origine d'autres problèmes : gaspillage dû aux doubles emplois (il existe par exemple 21 conseils différents pour l'évaluation des médicaments), rigidités affectant la réaffectation des ressources (le redéploiement des ressources de l'hôpital vers les soins ambulatoires et les soins primaires n'est pas aussi rapide que le gouvernement le souhaiterait), instabilité du financement (les recettes des petits comtés tendent à fluctuer), et disparités régionales difficiles à corriger en ce qui concerne la qualité des soins et la pratique médicale (voir ci-après).

Ces problèmes ont suscité un débat sur les raisons mêmes de la décentralisation. L'argument du fédéralisme budgétaire généralement avancé se fonde sur le principe de la démocratie locale : les petites collectivités locales sont mieux placées pour tenir compte de la diversité des préférences régionales. Mais la santé est un domaine où ce raisonnement perd de sa force, voire n'est plus du tout pertinent : lorsqu'il s'agit de leur santé, les gens ne sont pas prêts à accepter qu'il y ait des différences, au plan national, dans la qualité ou l'éventail des services proposés. Quoi qu'il en soit, le niveau des impôts locaux – qui financent le plus gros des dépenses de santé – est à peu près partout identique : 18 des 20 comtés appliquent des taux compris dans une fourchette de ± 0.5 point de pourcentage par rapport à la moyenne. Une commission a été chargée de revoir la structure de l'administration et la répartition des responsabilités pour tous les services publics, en particulier dans le domaine de la santé, et elle doit remettre son rapport en 2007. Il serait éminemment souhaitable de réduire le nombre des comtés pour le ramener à une demi-

douzaine, voire moins. Certains analystes préconisent même d'aller plus loin et d'éliminer purement et simplement cet échelon pour confier la responsabilité du secteur hospitalier à l'administration centrale (comme la Norvège l'a fait récemment). Cela présenterait certes des avantages, mais le risque serait néanmoins de faire perdre à la Suède l'un de ses atouts, à savoir la possibilité qu'ont les comtés les plus innovants d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation et de financement des soins de santé.

La transition entre prise en charge à l'hôpital et prise en charge sociale n'est pas aussi facile qu'elle devrait l'être

Les soins de longue durée occupent dans le système de santé et de protection sociale de la Suède une place beaucoup plus importante que presque partout ailleurs. La Suède dépense plus que n'importe quel autre pays membre de l'OCDE pour les soins de longue durée aux personnes âgées et aux handicapés (en pourcentage du PIB; cf. tableau 5.1). Cette situation résulte à la fois d'un choix et d'une nécessité, le taux d'emploi élevé des femmes créant un besoin pour la collectivité d'organiser la prise en charge des personnes âgées. Dans ce domaine, la situation se caractérise par une forte prédominance du secteur public, puisque c'est lui qui finance la quasi-totalité des dépenses (la participation des patients représente environ 5 % des coûts) et qui fournit l'essentiel des services (huit collectivités locales sur dix assurent 90 % ou plus des services – la région de Stockholm étant à cet égard la principale exception).

Les réformes Ädel de 1992, qui ont transféré des comtés aux communes la responsabilité des soins de longue durée aux personnes âgées et aux handicapés, à l'exception des consultations de médecins, ont entraîné une refonte du système. Le but était alors de faire évoluer la prise en charge de la dépendance, jusque-là assurée par le secteur médical, en la réorientant vers le secteur social. Depuis qu'elles assument la responsabilité financière des services, les communes sont en effet fortement incitées à ne pas maintenir à l'hôpital des malades qui ont été déclarés aptes à sortir, sous peine d'avoir

Tableau 5.1. Dépenses en soins de longue durée

Pourcentage du PIB

	Soins à domicile	Soins en institution	Total	<i>dont :</i>		Part de la population âgée de 65 ans ou plus recevant des soins de longue durée en institution	Part de la population âgée de 65 ans ou plus recevant des prestations pour soins à domicile
				Public	Privé		
Suède	0.8	2.1	2.9	2.7	0.1	7.9	9.1
Danemark	..	..	..	2.5	..	..	..
Norvège	0.7	1.5	2.2	1.9	0.3	6.0	18.0
Allemagne	0.5	0.9	1.4	1.0	0.4	3.9	7.1
Autriche	..	..	..	1.3	..	3.6	14.8
Espagne	0.2	0.4	0.6	0.2	0.5	..	..
Irlande	0.2	0.4	0.6	0.5	0.1	4.6	5.0
Pays-Bas	0.6	0.8	1.4	1.3	0.1	2.4	12.3
Royaume-Uni	0.4	1.0	1.4	0.9	0.5	5.1	20.3
Suisse	0.2	1.3	1.5	..	..	7.0	5.4
Australie	0.4	0.8	1.2	0.9	0.3	5.3	14.7
Canada	0.2	1.1	1.2	1.0	0.2	3.7	..
États-Unis	0.3	1.0	1.3	0.7	0.6	4.3	2.8
Japon	0.3	0.6	0.8	0.8	0.1	3.2	5.5
Nouvelle-Zélande	0.1	0.6	0.7	0.5	0.2	..	5.2

Source : OCDE (2005a), « Les soins de longue durée pour les personnes âgées », à paraître.

à rembourser aux conseils de comté le coût des journées correspondantes. En orientant ces patients coûteux vers d'autres formes de prise en charge – que ce soit à domicile ou dans des structures communales de long séjour – on est ainsi parvenu à dégager environ 40 000 lits de soins aigus d'un seul coup.

Les soins à domicile ont eux aussi beaucoup évolué. La proportion de personnes âgées qui bénéficient d'une aide à domicile a diminué de plus de moitié depuis 1995. Confrontées à de fortes restrictions financières, les communes ont été amenées à contrôler plus strictement les dépenses dans ce secteur et à privilégier les soins individuels à domicile au détriment des aides ménagères. Il existe de grandes différences entre communes en ce qui concerne l'offre de services d'aide et de soins à domicile, mais certaines personnes bénéficient d'une assistance importante : au moins 50 heures par mois dans un cinquième des cas.

L'interface entre les responsabilités des comtés et celles des communes pose un grand nombre de problèmes. Les communes prétendent que les patients sont maintenant renvoyés chez eux « plus vite et plus mal en point » parce que les comtés ont financièrement intérêt à les faire sortir de l'hôpital le plus tôt possible¹⁵. Elles se trouvent parfois dans l'incapacité de fournir certains services qu'elles jugent nécessaires en partie du fait qu'elles n'ont pas le droit d'employer leurs propres médecins. De leur côté, les comtés estiment que les communes ne fournissent pas assez de places d'accueil pour les personnes âgées ou de lits de long séjour, de sorte qu'un lit d'hôpital sur dix environ est encore occupé par une personne qui est jugée apte à sortir et qui devrait être orientée vers les soins primaires ou à domicile. Le manque de coordination est particulièrement flagrant pour les patients en rééducation, mais il se pose aussi pour ceux qui ont des problèmes psychiatriques, de drogue ou d'alcool. En matière de rééducation, de gros efforts restent à faire : l'offre de soins à domicile n'est pas assez développée et la collaboration entre services de santé et services sociaux laisse à désirer. L'an dernier, une commission a formulé des recommandations visant à améliorer l'articulation entre les deux parties du système. L'une des solutions proposées serait d'étendre la responsabilité des communes à la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées, en leur donnant la possibilité d'engager leurs propres médecins si elles jugent que les comtés ne leur accordent pas suffisamment de temps de médecin pour les soins à domicile (SOU, 2004).

Il est évident que certaines communes ne se montrent pas à la hauteur de leurs obligations. En 2000, environ 5 000 personnes âgées attendaient de recevoir l'aide à laquelle elles avaient droit ou bien avaient vu leur demande d'aide rejetée injustement (commission parlementaire de contrôle des comptes, 2000). Les pouvoirs publics estiment que ce problème se pose encore aujourd'hui en raison des difficultés financières que connaissent certaines collectivités locales.

Des problèmes de qualité et de financement se rencontrent également dans le domaine des soins psychiatriques et du traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. Les pouvoirs publics ont récemment nommé un coordonnateur national des soins psychiatriques. L'une de ses tâches est de déterminer si les patients atteints de troubles psychiatriques aigus sont correctement pris en charge par le système de santé. Une autre est d'améliorer la collaboration entre les services sanitaires et les services sociaux pour la prise en charge des maladies psychiatriques chroniques.

Le secteur de la santé se trouve par ailleurs confronté à un grave problème de recrutement. Les salaires sont relativement peu attractifs et le taux de rotation des effectifs est élevé. On observe également, parmi les personnels de santé, une

augmentation du nombre d'absences pour cause de maladie et de départs en préretraite. En outre, les communes ne doivent pas seulement faire des efforts pour retenir leur personnel, elles doivent aussi embaucher davantage pour faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées qu'elles sont censées prendre en charge. D'après les prévisions du Conseil national de la santé et de la protection sociale, il faudrait ainsi recruter 200 000 personnes au cours des dix prochaines années (à titre de comparaison, le secteur emploie environ 280 000 personnes à l'heure actuelle). Toutes autres considérations mises à part, cela signifie que les salaires des personnels de santé devront progresser plus vite que ceux d'autres catégories de travailleurs, ajoutant à la pression fiscale que connaîtront les communes dans l'avenir.

En dernière analyse, tous les problèmes rencontrés, que ce soit aux plans de la coordination, de la capacité d'accueil ou du recrutement, tiennent en fait au décalage qui existe entre les possibilités de financement et les aspirations en matière de santé. Le choix qui devra être fait se résume donc ainsi : ou bien dépenser plus (sachant que la Suède consacre déjà une très grande part de ses ressources à la protection sociale), ou bien accepter une baisse de l'offre publique de soins, ou bien encore faire une place plus large aux acteurs privés.

D'autre part, la Suède pourrait améliorer la qualité et l'efficacité de son système de santé en donnant un plus large choix aux consommateurs et en renforçant le rôle du secteur privé dans la fourniture des soins. De ce point de vue, l'horizon est actuellement très limité : les prestataires privés ne représentent que 15 % du marché et dix communes seulement permettent à leurs résidents de s'adresser au service de leur choix pour les soins de longue durée et les soins à domicile. Dans chacun de ces cas, les autorités locales définissent les services dont le patient a besoin et lui délivrent ensuite un bon d'achat qu'il peut utiliser où il le souhaite. Certains autres pays, comme l'Allemagne, les Pays-Bas et l'Autriche, sont allés un peu plus loin dans cette direction en versant une partie de leur soutien financier sous la forme de paiements directs en espèces que les consommateurs peuvent librement utiliser. Le libre choix du prestataire et l'offre de soins par le secteur privé n'ayant fait l'objet d'aucune évaluation en Suède, il est difficile de dire quel a été leur impact sur la qualité. On sait cependant que les expériences menées à l'étranger ont eu des résultats positifs (OCDE, 2005a). Aux Pays-Bas, par exemple, les personnes qui reçoivent un budget pour l'achat des services dont elles ont besoin déclarent qu'elles se sentent ainsi moins dépendantes, dans la mesure où cela leur donne une plus grande liberté pour déterminer à quel moment elles recevront des soins et surtout qui s'occupera d'elles – ce qui est particulièrement important puisqu'il s'agit souvent dans ce contexte d'actes touchant aux aspects les plus intimes de la vie, comme se laver, s'habiller et aller aux toilettes (Miltenburg et Ramakers, 1999).

Les disparités régionales sur le plan de la qualité et des pratiques médicales pourraient être atténuées

Si l'on en juge par les indicateurs évoqués plus hauts, la qualité moyenne des services médicaux est élevée par comparaison avec l'étranger, et il semble en outre qu'elle soit encore en train de s'améliorer. Les données recueillies par le biais des registres de la qualité montrent en effet une amélioration régulière des résultats obtenus après un grand nombre de procédures, tandis qu'aucune dégradation n'est constatée dans aucun domaine (NBHW, 2003). Il existe néanmoins des différences considérables entre les régions en ce qui concerne l'utilisation des méthodes thérapeutiques scientifiquement validées et le type de

médicaments prescrits¹⁶. Ces disparités ne semblent pas être liées à la situation médicale des populations locales, mais plutôt à la capacité plus ou moins grande, parmi certaines des plus petites structures, de financer des traitements médicamenteux coûteux et peut-être aussi à la diversité des pratiques médicales.

On pourrait dégager des ressources en rendant le secteur hospitalier plus efficient

Dans le secteur hospitalier, la diffusion d'un mode de gestion plus professionnel et davantage inspiré du secteur privé a connu une évolution contrastée. Certains comtés se sont montrés plus volontaires et plus imaginatifs que d'autres, abandonnant le modèle traditionnel de direction et de contrôle pour une gestion axée sur les résultats, plus responsable mais aussi plus autonome. D'autres ont continué à gérer le système à peu près comme dans le passé, sans vraiment remettre en cause les mécanismes de contrôle centralisé ni la rigidité des budgets financés poste par poste. En conséquence, les niveaux d'efficacité varient sensiblement d'une région à l'autre : après correction des effets de l'âge, du sexe, de la distance, de la mortalité et de la morbidité, l'écart de dépenses ressort à plus de 30 % (Saltman et Berleen, 2000). Plusieurs options de réforme permettant d'améliorer l'efficacité du système tout en maintenant le rôle prépondérant du secteur public dans son financement sont examinées ci-après.

Améliorer les modes de paiement afin de rétribuer la productivité

La plupart des pays qui ont dissocié les fonctions d'achat et d'offre de soins ont adopté une forme ou une autre de tarification à la pathologie souvent complétée par un plafonnement du volume d'activité et par des normes de qualité. Le système NordDRG est le plus courant. Certaines analyses des expériences menées par le comté de Stockholm dans les années 90 montrent que la mise en place de systèmes de paiement par type de prestation s'est traduite par un accroissement permanent de la productivité de l'ordre de 10 à 15 % par rapport aux établissements qui ont continué de fonctionner sur la base d'un budget global¹⁷. Cette nouvelle forme de tarification des services gagne en importance depuis quelques années et concerne maintenant à des degrés divers les deux tiers du pays. Dans six comtés, elle a été complètement intégrée au budget interne des hôpitaux (ce qui signifie qu'elle régit aussi maintenant l'allocation des ressources à l'intérieur des services).

Les systèmes de paiement liés à l'activité comportent des risques potentiels, mais ceux-ci ne sont probablement pas suffisants pour l'emporter sur les gains de productivité attendus. L'expérience de Stockholm, en particulier, n'a révélé aucun signe de dérive dans le classement des malades par groupes de pathologies, d'écroulement parmi les patients ou de multiplication excessive des prestations¹⁸, tandis que l'impact sur la qualité n'est pas connu. Le principal problème qui s'est posé – comme dans d'autres pays – a été l'augmentation de la production engendrée par le nouveau système, et les dépassements de budget qui en ont résulté. Faut-il voir là un bien ou un mal? Cela dépend du point de vue auquel on se place. L'aspect positif est que le financement sur la base de l'activité a permis de réaliser des gains de productivité latents et de réduire les listes d'attente¹⁹. L'inconvénient est que le comté n'a plus la pleine maîtrise de son budget, mais s'il s'en plaint, il reconnaît alors implicitement qu'il n'est pas prêt à financer le niveau de production que son système de santé est capable d'assurer avec des incitations renforcées. Dans le cas du comté de Stockholm, le fait est que les autorités ont réagi en imposant des plafonds budgétaires et en abaissant les prix fixés pour les différents types de pathologies,

répartissant ainsi les gains de productivité entre l'hôpital et le comté. La plupart des autres pays ont eux aussi plafonné les dépenses, de sorte que beaucoup de systèmes sont maintenant plus ou moins revenus au modèle de la dotation globale qui avait cours dans les années 80. Au mieux, cela signifie qu'ils se privent d'une partie des avantages que la tarification par pathologie pourrait leur apporter; au pire, que l'on risque de créer des incitations pernicieuses dans la mesure où certains traitements cessent d'être dispensés lorsque l'enveloppe budgétaire annuelle est épuisée.

Il existe des formes de paiement à l'activité qui ne reposent pas uniquement sur la production. À l'hôpital universitaire de Huddinge, par exemple, le service de chirurgie ambulatoire a expérimenté un modèle de financement par équipe, avec un système de bonification tenant compte à la fois de la production, des coûts et de la satisfaction des patients. Bien accueilli par le personnel, il s'est traduit par une amélioration des trois indicateurs mesurés, et il a en outre aidé à atténuer les problèmes de recrutement (Arvidsson *et al.*, 2004). Des variantes du système de paiement à l'acte ont par ailleurs été adoptées à Gävleborg (où l'argent suit uniquement les patients qui choisissent de s'adresser à un hôpital en dehors de leur district) et à Jönköping. Le comté de Stockholm s'oriente quant à lui vers une solution mixte qui décomposera le remboursement des hôpitaux en trois éléments : paiement à l'acte, capitation et rémunération (à hauteur de 2 %) en fonction des performances et de la qualité.

Élargir l'éventail des prestataires

La plupart des Suédois souhaitent conserver un système financé principalement par l'impôt. Mais qui dit financement public ne dit pas nécessairement que les prestataires eux-mêmes doivent appartenir au secteur public. Or, en Suède, les acteurs privés ne jouent qu'un rôle minime dans le secteur hospitalier, où ils représentent seulement 3 % de l'emploi. Le gouvernement affirme être en faveur d'une plus grande diversité de l'offre de soins et il laisse les conseils de comté passer des contrats avec des prestataires du secteur coopératif et bénévole. Mais la politique actuelle n'est pas claire en ce qui concerne l'articulation entre les systèmes public et privé (notamment sur le point de savoir s'ils doivent être ou non totalement séparés) et le rôle des prestataires à but lucratif. Après que l'un des hôpitaux de soins aigus de Stockholm (Saint-Göran) eut été vendu à une entreprise privée, le gouvernement a temporairement interdit toute opération de transfert d'un hôpital public au secteur privé. Cette décision a été prise bien que Saint-Göran soit l'un des hôpitaux d'aigu les plus efficaces de Stockholm et l'un des plus appréciés par le personnel et les patients (cf. encadré 5.3). L'interdiction est maintenant levée, mais le gouvernement envisage une nouvelle règle qui obligerait tous les comtés à disposer d'au moins un hôpital public. À l'heure actuelle, un hôpital public qui accepterait des patients financés par le secteur privé serait en infraction avec la réglementation locale s'il en tirait un profit²⁰. Il n'existe cependant aucun moyen de faire appliquer cette règle, et il n'est pas sûr du reste que les autorités veuillent vraiment la faire respecter. À terme, cela risque de créer de plus en plus de problèmes, car si les employeurs sont tenus de prendre en charge les mesures de réadaptation de leurs salariés dans le cadre de l'assurance maladie (cf. chapitre 3), il serait normal qu'ils achètent ces services aux hôpitaux publics disposant de capacité excédentaire. Il n'est pas certain cependant qu'ils puissent le faire, d'où la nécessité de clarifier la situation. Pour le moment, en tout cas, le gouvernement n'est guère disposé à laisser se développer un secteur de prestataires à but lucratif, car il est persuadé que cela se traduirait par un plus grand risque d'écroulement et de surconsommation et un moindre

Encadré 5.3. La privatisation de l'hôpital Saint-Göran

L'hôpital Saint-Göran est au centre d'une bataille idéologique qui dure depuis déjà dix ans. Cet établissement hospitalier de soins aigus emploie environ 1 100 personnes, ce qui le classe dans la catégorie des hôpitaux de taille intermédiaire à l'échelle européenne. C'est le premier hôpital d'aigus qui ait été transformé en société en Suède, et le seul à avoir été privatisé.

En 1994, le conseil du comté de Stockholm, alors aux mains des conservateurs, avait décidé de modifier le statut juridique de l'hôpital Saint-Göran et d'en faire une société dans l'intention de le vendre. Mais plus tard dans l'année, après un changement de majorité au profit des sociaux-démocrates, le conseil avait promis de revenir à une structure plus traditionnelle; il a dû faire machine arrière devant l'opposition du personnel et de son syndicat (Lofgren, 2002b). Géré comme une entreprise commerciale propriété du comté jusqu'en 1999, l'hôpital Saint-Göran a ensuite été vendu au groupe Capio, qui possède des établissements de santé dans plusieurs pays d'Europe.

L'opération semble avoir été une réussite. Saint-Göran a toujours été l'un des hôpitaux les plus performants et il continue de fonctionner avec un niveau de coûts inférieur d'au moins 10 % à celui de l'établissement le plus efficient du secteur public à Stockholm (Hjertqvist, 2001). En outre, il a la réputation d'être parmi les plus innovants, il est très apprécié du public et son personnel estime qu'il offre maintenant un environnement de travail plus satisfaisant qu'auparavant. Aucune baisse de qualité n'a été déplorée, et personne ne s'est plaint de ce que la logique du profit avait eu un effet préjudiciable sur le comportement des équipes médicales. Certains ont posé la question de savoir si le contrat passé par le comté de Stockholm ne favorisait pas indûment Saint-Göran par rapport aux prestataires du secteur public, mais ce point reste à éclaircir.

effort en faveur de la prévention. Si ces craintes sont compréhensibles, elles sont sans doute exagérées. Les systèmes qui associent payeurs publics et fournisseurs privés fonctionnent bien dans plusieurs pays, et si le gouvernement a pour objectif d'introduire une plus grande diversité dans l'offre de soins, il aura de meilleures chances d'y parvenir en autorisant les entreprises à but lucratif à s'installer sur le marché. De ce point de vue, le cadre réglementaire est un aspect plus important que le régime de propriété ou le mode d'exploitation. Au lieu d'interdire les activités à but lucratif à l'ensemble du secteur hospitalier public sans distinction, les autorités pourraient limiter l'interdiction aux hôpitaux universitaires. Cela serait conforme à la pratique internationale et aux recommandations qu'une commission nommée par le gouvernement en 2002 avaient faites sur les services de soins à but lucratif. Une autre option serait de n'autoriser ces prestataires privés que dans les régions métropolitaines où la population dispose déjà d'un large choix. Il faudrait toutefois un cadre réglementaire solide pour veiller à ce que les prestataires publics et privés appliquent tous les mêmes règles afin de réduire autant que possible le risque d'antisélection. Cela suppose aussi sans doute un plus grand degré de centralisation.

Réguler la demande en faisant participer les patients aux frais

Il est difficile – et généralement inutile – d'essayer d'influer sur la demande dans le secteur hospitalier. La principale exception à cette règle concerne la situation dans laquelle

les patients s'adressent à un service d'urgence pour un traitement qu'ils auraient dû obtenir de leur médecin généraliste, ce qui se produit couramment en Suède. Le principe de la participation des patients aux dépenses médicales a précisément pour but d'orienter les malades vers le type de prise en charge qui convient, et c'est pour cela qu'un spécialiste coûte plus cher qu'un généraliste et que l'auto-orientation vers un service d'urgence coûte environ trois fois plus – aux alentours de 30 à 35 euros – qu'une visite chez le médecin de famille. Cependant, comme les frais laissés à la charge du patient ne peuvent pas dépasser un plafond assez bas, ce système d'incitation ne joue pas pour beaucoup de gens – environ dix millions de visites « hors participation » sont effectuées chaque année. Une option serait de relever le plafond annuel de la participation : celui qui s'applique actuellement a été fixé en 1992 et le salaire moyen a augmenté de quelque 70 % depuis lors, ce qui a allégé d'autant l'effort demandé aux ménages. Une autre possibilité consisterait à faire dépendre le plafond du revenu du ménage, afin que personne n'ait à déboursier plus de 1 %, par exemple, de son revenu annuel en frais médicaux. Cette solution aurait été difficile à mettre en œuvre il y a dix ans, mais avec la technologie moderne des cartes à puce, elle ne devrait guère poser de problèmes aujourd'hui. Cela permettrait de rétablir les signaux liés aux prix et d'augmenter la participation financière des patients à haut revenu, sans compromettre l'accès au système²¹.

Améliorer la gestion et la comptabilité analytique

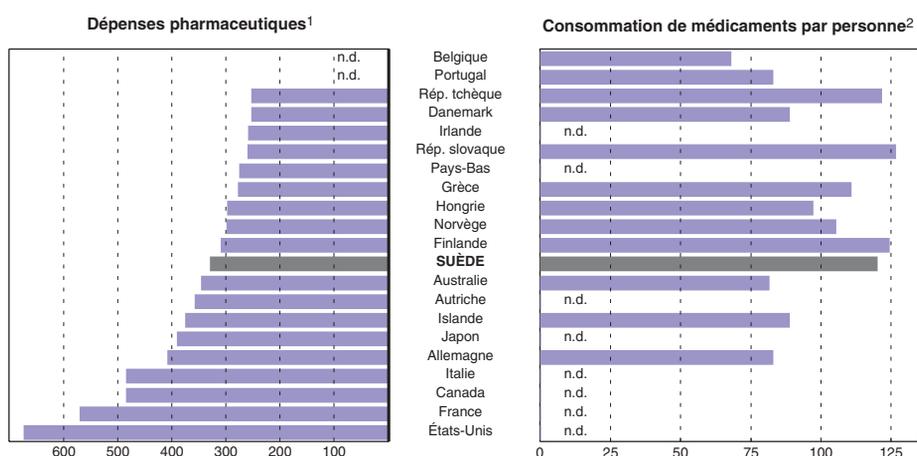
La plupart des établissements de santé bénéficient d'une grande autonomie de gestion, mais ils ne disposent pas toujours de toutes les informations nécessaires pour décider de l'allocation des ressources. Un seul hôpital seulement sur cinq est doté d'un système d'évaluation des coûts des pathologies, même si certaines informations sont recueillies et diffusées par le biais d'une base de données nationale. L'analyse comptable des coûts par pathologie est encore peu pratiquée en psychiatrie, pour les soins ambulatoires et pour les soins primaires. En outre, les budgets établis annuellement, plutôt que dans un cadre pluriannuel, compliquent la planification. L'introduction de données sur les coûts dans les registres nationaux de la qualité permettrait de disposer de critères d'efficacité et contribuerait à la définition des priorités.

Mieux maîtriser les dépenses pharmaceutiques

Les dépenses pharmaceutiques réelles par habitant ont augmenté de 115 % entre 1990 et 2002, soit un rythme de croissance parmi les plus rapides de la zone OCDE. Cette évolution correspond en partie à un simple « rattrapage », le pays ayant presque comblé son écart par rapport à la moyenne du groupe (graphique 5.7), mais les incitations économiques ont aussi joué un rôle. Jusqu'à une date récente, les médicaments étaient en effet gratuits à la marge pour les conseils de comté puisqu'ils leur étaient remboursés directement par l'administration centrale. Les patients déboursent une partie des frais, mais seulement jusqu'à concurrence de 1 800 couronnes (200 euros) par an. Environ un million de personnes atteignent ce plafond à un moment ou un autre de l'année et bénéficient donc ensuite de la gratuité des médicaments.

Un nouveau système de subventionnement des produits pharmaceutiques est entré en vigueur en 2002. Le but de la réforme était avant tout de freiner la hausse des dépenses. Dorénavant, c'est un conseil national chargé de l'évaluation et du remboursement des médicaments qui décide quels médicaments doivent être subventionnés et à quel prix ils seront mis sur le marché (compte tenu en partie de la proposition du fabricant), en tenant

Graphique 5.7. Les dépenses pharmaceutiques se situent autour de la moyenne



1. Par personne, dollars à PPA, 2002 ou année connue la plus proche. Y compris les dépenses afférentes aux autres produits médicaux non durables.
2. Indice de consommation mesurée en doses journalières pour sept grandes catégories de médicaments. Moyenne des pays pour lesquels des données sont disponibles = 100.

Source : Éco-Santé OCDE 2004.

compte de leur coût et de leur efficacité, tant dans l'absolu que par rapport à d'autres moyens de traitement possibles pour la pathologie considérée. Dorénavant, en outre, tous les médicaments achetés sur ordonnance doivent être remplacés par leurs équivalents les moins coûteux s'il en existe, sauf avis contraire du médecin traitant. Le patient peut aussi choisir un produit plus coûteux s'il le souhaite, mais il devra alors régler la différence.

Ces réformes ont eu un effet spectaculaire sur la progression des dépenses de médicaments qui sont restées pratiquement inchangées, en valeur réelle par habitant, en 2003 et en 2004 (et qui se maintiendraient encore au même niveau en 2005, d'après les prévisions). La concurrence accrue des médicaments génériques vis-à-vis des spécialités de marque explique en partie ce résultat, mais il faut aussi y ajouter le fait que deux médicaments à fort potentiel de ventes sont tombés dans le domaine public en 2003 et que, dans le même temps, peu de nouvelles molécules sont arrivées sur le marché.

Par ailleurs, en ce qui concerne le financement des dépenses pharmaceutiques, on assiste actuellement à une redistribution des responsabilités. Depuis 1998, l'administration centrale a engagé un processus de transfert de compétences aux comtés dont le but est d'intégrer le budget des médicaments au reste du système de santé. Une série « d'accords de transition » ont été passés dans ce sens, dont le dernier en date prévoit une augmentation de l'enveloppe globale accordée aux comtés pour 2005-07, afin de couvrir le coût des produits pharmaceutiques. L'allocation des fonds repose en grande partie sur des facteurs démographiques, sans guère tenir compte de la consommation pharmaceutique. S'il paraît sensé de vouloir mettre en place un budget intégré dans le secteur de la santé, les moyens dévolus pour cela aux comtés ressemble à certains égards à un cadeau empoisonné. En effet, comme c'est au niveau national que se décideront quels sont les médicaments à rembourser, à quel prix ils seront vendus et à combien se montera la participation des patients (le plafond de 1 800 couronnes est fixé par le Parlement), les comtés n'auront pratiquement aucune prise sur les dépenses, sauf à essayer de modifier

les habitudes de prescription des médecins. Mais même sur ce plan, leur influence ne peut être que limitée car ils n'ont pas accès aux informations sur les habitudes d'achat et de prescription; ils estiment pourtant que la surprescription atteint un niveau non négligeable et qu'une hospitalisation sur dix est due à de mauvaises associations de médicaments. C'est pour cette raison que les comtés réclament un accès plus large au registre du médicament ainsi qu'un système de financement permanent dans lequel l'administration centrale continuera de supporter une part du risque lié aux dépenses futures.

Le monopole de distribution des médicaments n'a pas de raison d'être

La distribution des produits pharmaceutiques est entre les mains d'un monopole d'État, Apoteket, dont l'objectif est de garantir un accès égal à des prix uniformes dans tout le pays. Le fait d'avoir éliminé la concurrence, cependant, fait courir un risque de hausse des prix et de diminution de la qualité et de la commodité du service. Nombre d'autres pays de l'OCDE impose des restrictions sur les prix et sur l'ouverture de nouvelles officines dans le secteur de la distribution pharmaceutique, généralement parce que la concurrence par les prix ne peut pas vraiment jouer lorsque les consommateurs sont intégralement remboursés de leurs achats de médicaments et n'ont donc aucune incitation à rechercher le meilleur prix. Mais la Suède est le seul pays à avoir un monopole d'État sur la vente des médicaments, et cela en dépit d'un contexte *plus favorable* à la concurrence par les prix que dans beaucoup d'autres pays, puisque la plupart des consommateurs payent de leur poche une partie au moins du coût des prescriptions.

En dehors de toute considération d'efficience, le 31 mai 2005, la Cour de justice européenne a déclaré illégal le monopole de distribution des produits pharmaceutiques, au motif qu'il n'y avait aucun mécanisme en place pour empêcher Apoteket d'exercer une discrimination à l'encontre des fournisseurs d'autres pays membres de l'UE. Qu'il soit illégal ou non, ce monopole est de toute façon inutile. Les objectifs du gouvernement pourraient aussi bien être atteints si le circuit de distribution était soumis à certaines pressions de la concurrence (comme il était indiqué dans l'*Étude* précédente). L'État pourrait par exemple mettre en adjudication le droit d'ouvrir une pharmacie dans certains lieux ou de créer une chaîne nationale d'officines. Cette forme de « concurrence pour le marché » garantirait le choix du fournisseur le plus efficace. Elle permettrait aussi de disposer d'informations sur les coûts, et par conséquent sur la marge commerciale qu'il convient d'appliquer. Les autorités pourraient également revoir leur politique de tarification du médicament et fixer dorénavant pour chaque produit un prix *maximum*, et non le prix effectif comme c'est le cas aujourd'hui, ce qui alignerait la pratique du pays en la matière sur celle de ses voisins. Cela permettrait à la concurrence de faire baisser les prix en zone urbaine; il y aurait ainsi un avantage pour beaucoup de consommateurs, mais personne ne serait pénalisé. La Suède pourrait tirer des enseignements des mesures de déréglementation qui ont été adoptées avec succès en Norvège, au Danemark et en Islande. Dans chacun de ces pays, l'accès a été amélioré grâce à l'augmentation du nombre de pharmacies, à l'allongement des horaires d'ouverture et à la réduction des délais d'attente. Les consommateurs norvégiens et islandais ont également bénéficié de très fortes réductions de prix (IHE, 2001; Anell, 2004).

En ce qui concerne les médicaments vendus sans ordonnance, les arguments en faveur de la libéralisation sont plus évidents. La plupart des médicaments en vente libre ne sont pas subventionnés, même s'ils sont prescrits par un médecin. Autoriser leur distribution par le biais d'autres circuits, notamment dans les supermarchés, pourrait

aider à faire baisser les prix et présenterait un intérêt pratique pour les consommateurs. Le monopole d'Apoteket sur ces produits devrait être aboli.

Assurer au système un financement plus stable et plus durable

On s'est surtout intéressé jusqu'ici aux moyens de renforcer la productivité et la qualité des services de santé. Ces questions, certes importantes, comptent cependant assez peu au regard des moyens à mettre en œuvre pour résoudre le problème le plus important sur le long terme, à savoir comment faire face à l'envolée des coûts qui ne manquera pas de se produire au cours des dix prochaines années. Selon toute vraisemblance, les recettes fiscales ne seront pas suffisantes pour financer l'expansion des prestations de santé et des soins aux personnes âgées dans l'avenir (Finansdepartementet, 2004; OCDE, 2004). Même si le système reste essentiellement financé par le secteur public, il faudra trouver d'autres sources de fonds à la marge. Et si les ressources ne parviennent pas à suivre le rythme de la demande, il y aura des choix difficiles à faire entre les secteurs qui devront réduire leurs dépenses et les services à supprimer (NBHW, 2003). Cela exigera de la part des divers acteurs du système un plus gros effort de coordination et une plus grande attention à la définition des priorités.

À l'heure actuelle, les comtés sont responsables à hauteur d'environ 85 % des dépenses publiques de santé et ils tirent l'essentiel de leurs recettes d'un impôt forfaitaire sur le revenu. Les subventions de l'administration centrale, dont certaines ont une affectation spécifique, couvrent presque en totalité le reste des dépenses. La répartition entre impôts locaux et dotations budgétaires n'a pratiquement pas varié depuis 1980 (tableau 5.2). Les recettes des communes proviennent des impôts proportionnels qu'elles lèvent directement sur les revenus.

Tableau 5.2. **Le financement des soins médicaux au niveau des comtés**

	Pourcentage		
	1980	1989	2001
Impôts locaux	70.6	72.8	70.4
Dotations de l'administration centrale, etc.	26.0	25.4	26.8
Participation des patients	3.4	1.8	2.8

Source : Fédération des conseils de comté et ministère des Finances.

Ce système de financement pose plusieurs problèmes. Tout d'abord, étant donné que les comtés ont très peu de responsabilités en dehors des dépenses de santé²², c'est presque comme s'il y avait 21 impôts affectés à la santé. Et comme les taux de prélèvement sont pratiquement identiques, la situation est à peu près la même que s'il y avait un seul impôt national affecté à la santé. Il est donc difficile d'envisager des arbitrages entre la santé et d'autres postes de dépenses – problème qui va devenir de plus en plus flagrant à mesure que le vieillissement de la population va peser d'un poids plus lourd sur les ressources publiques. À titre d'exemple, la diminution du nombre d'enfants devrait en principe permettre de réorienter vers la santé une partie des ressources auparavant dévolues à l'éducation, mais la tâche n'est pas simple car la santé et l'éducation ne relèvent pas du même niveau d'administration. L'administration centrale pourrait procéder à ce redéploiement par le biais des subventions qu'elle accorde aux collectivités locales, mais

cela deviendrait alors une décision politique, avec des gagnants et des perdants, et la chose serait alors sans doute plus difficile que de réaffecter des fonds au sein d'une même entité collective. En outre, la répartition des responsabilités entre les conseils de comté et les communes constituent un autre écueil pour la réaffectation des ressources entre le secteur de la santé et celui des soins aux personnes âgées, en l'occurrence entre les services hospitaliers et la prise en charge, en établissement ou à domicile, des personnes âgées. De même en ce qui concerne les sources de financement distinctes de l'assurance-maladie et de la santé : personne ne voit d'intérêt à essayer de réduire au maximum le coût *total* de la mauvaise santé; les listes d'attente, par exemple, sont un moyen efficace de maîtriser les dépenses hospitalières, mais elles réduisent l'offre de main-d'œuvre et renchérissent l'assurance-maladie dès lors que les gens arrêtent de travailler et perçoivent des indemnités en attendant d'être traités.

Un deuxième problème tient au fait que le poste de dépenses qui connaît la croissance la plus rapide est lié à une base d'imposition qui, elle, croît assez lentement²³. Pour les comtés, l'incidence du vieillissement, considéré isolément, sur les dépenses de santé pourrait être financée par un modeste relèvement des taux d'imposition, alors que pour les communes, la hausse requise est bien plus importante (tableau 5.3), mais il ne fait aucun doute que la demande augmentera plus vite que les revenus, et compte tenu des dispositions actuelles, le surcroît de dépenses devra être financé par l'impôt à un moment où le nombre d'actifs ira en diminuant. Élargir l'assiette fiscale des comtés, en y intégrant par exemple un impôt sur la propriété ou une part de l'impôt national sur les ventes, contribuerait à assurer au système un financement plus durable²⁴.

Troisièmement, les dépenses publiques de santé sont sensibles à la conjoncture parce que les conseils de comté ont une seule assiette fiscale et doivent équilibrer leur budget (graphique 5.8). Il faudrait évacuer ce risque conjoncturel des budgets de santé. L'une des solutions serait que les comtés puissent avoir accès à une assiette fiscale insensible aux phénomènes cycliques, comme la propriété ou le patrimoine foncier. Une autre option consisterait pour l'administration centrale à mettre en place un fonds de stabilisation et à ajuster ses dotations globales de façon anticyclique, comme le recommandait la commission STEMU en 2002. Des comtés moins nombreux mais plus vastes devraient également avoir des ressources plus stables, étant moins exposés au risque de chocs financiers localisés. Enfin, les comtés pourraient adopter un cadre budgétaire à moyen terme à l'image de celui qu'utilisent à présent de nombreuses administrations centrales : ils planifieraient leurs dépenses plusieurs années à l'avance et auraient davantage de liberté à court terme pour laisser se former des déficits conjoncturels, mais seraient soumis à une contrainte budgétaire plus stricte à moyen terme, avec un niveau d'endettement à ne pas dépasser et des sanctions en cas de non-respect.

Quatrièmement, enfin, la contrainte budgétaire n'est pas assez stricte. Deux fois par an, d'abord dans le cadre de la loi de finances initiale puis de sa rectification au printemps, les conseils de comté et les communes reçoivent de l'État une dotation financière supplémentaire « exceptionnelle ». Au cours des dix dernières années, ces concours ont représenté en moyenne près de 1 % des ressources des collectivités locales chaque année (tableau 5.4). En principe octroyés à des fins spécifiques, ces crédits servent en fait dans la pratique à remédier au fait que le système de la dotation globale ordinaire ne prévoit aucune marge pour les augmentations de salaires et de prix. Un financement à caractère moins aléatoire déboucherait sur une meilleure maîtrise des coûts. À l'heure actuelle, les

Tableau 5.3. **Consommation et fiscalité sur le long terme**

	2003	2020	2035	2050	Variation 2003-50
Consommation publique Pourcentage du PIB					
Soins aux personnes âgées	4.1	4.4	6.0	6.3	+2.2
Enseignement scolaire	4.5	4.3	4.7	4.6	+0.1
Divers	4.8	5.1	5.1	5.1	+0.3
Total, communes	13.4	13.8	15.8	16.0	+2.6
Soins de santé	6.4	7.3	8.1	8.3	+1.9
Divers	0.4	0.3	0.4	0.3	-0.1
Total, conseils de comté	6.8	7.6	8.5	8.6	+1.8
Enseignement supérieur	1.5	1.4	1.5	1.5	+0.0
Divers	6.5	6.2	6.3	6.1	-0.4
Total, administration centrale	8.1	7.6	7.8	7.6	-0.5
Total, administrations publiques	28.3	29.0	32.1	32.2	+3.9
Taux de l'impôt sur le revenu nécessaire pour équilibrer le budget² Pourcentage					
Impôt communal	20.8 ¹	21.0	23.4	23.5	+2.7
Impôt des conseils de comté	10.5 ¹	11.0	11.6	11.6	+1.1
Variante : soins aux personnes âgées sans ajustement pour amélioration de la santé³					
Consommation communale	13.4	14.3	16.7	17.3	+3.9
Taux de l'impôt communal	20.8 ¹	21.2	24.3	24.8	+4.0

1. 2004.

2. On suppose que les transferts de l'administration centrale représentent une proportion constante des recettes, y compris l'impôt sur les pensions privées.

3. Cette variante n'opère aucun ajustement pour l'amélioration de la santé à mesure que la longévité s'accroît.

Source : Ministère des Finances et calculs de l'OCDE.

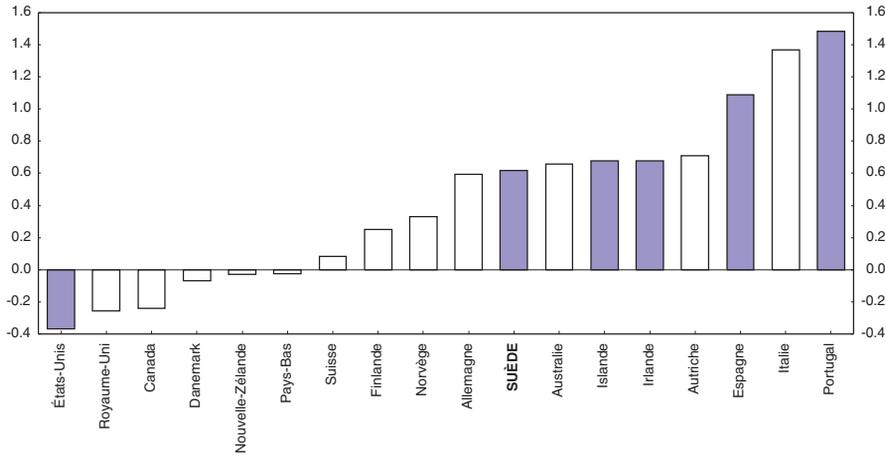
comtés savent que l'administration centrale viendra probablement à leur secours en leur accordant des subventions « temporaires » supplémentaires en cas de déficit.

Il n'y a pas de solution facile à ces problèmes de financement. Le choix des mécanismes appropriés dépend pour une large part de l'organisation des services :

- En règle générale, il faudrait que les institutions chargées de fournir les services soient également responsables de leur financement. Sinon, c'est-à-dire si les fournisseurs de supportent pas intégralement leur coût de production (marginal), ils auront peut-être tendance à gaspiller les ressources et seront moins incités à améliorer la productivité; c'est précisément cette situation qui a conduit à l'augmentation incontrôlée des dépenses pharmaceutiques, par exemple. On devrait donc voir là une mise en garde contre un modèle dans lequel les conseils de comté continueraient d'assurer la fourniture des services en ayant pour uniquement financement les dotations budgétaires accordées par l'État.
- Si l'on veut réunir les fonctions de financement et d'offre des soins, alors pourquoi ne pas supprimer les conseils de comté et confier la gestion de la santé au pouvoir central? Nous avons vu en effet dans ce chapitre certains des problèmes – en termes d'efficacité et de sécurité des patients – que pose une fragmentation excessive, et nous savons aussi que le système, tel qu'il se présente actuellement, est de toute façon très comparable à

Graphique 5.8. **Les dépenses de santé sont très sensibles à la conjoncture**

Coefficient de pente obtenu par régression de la croissance des dépenses de santé par habitant sur la croissance du PIB par habitant, 1980-2002



Note : Les relations statistiquement significatives sont indiquées par une colonne ombrée.

Source : Calculs de l'OCDE fondés sur Éco-Santé OCDE 2004.

Tableau 5.4. **Les collectivités locales bénéficient souvent de crédits supplémentaires**

En pourcentage des recettes des collectivités locales (hors crédits supplémentaires)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Décisions prises en :										
1996	1.0	1.8	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.4	1.4	1.3
1997		0.9	1.7	2.6	2.4	2.3	2.2	2.2	2.0	2.0
1998			0.3	0.3	0.8	1.0	1.3	1.4	1.4	1.3
1999					0.5					
2000					0.1	0.5	0.7	0.9	0.8	0.8
2001						1.2				
2002							0.9	0.8		
2003								0.1	1.4	1.8
2004								0.3	1.4	1.4
Total	1.0	2.6	3.7	4.5	5.5	6.6	6.7	7.0	8.3	8.6
Augmentation annuelle	1.0	1.7	1.1	0.8	0.9	1.1	0.1	0.3	1.3	0.2

Note : Crédits supplémentaires concernant toutes les activités, et non pas seulement les soins de santé, dépenses fiscales comprises.

Source : Institut national de recherche économique.

ce qu'il serait s'il y avait un impôt national unique affecté à la santé. D'un point de vue purement économique, il ne semble guère justifié de maintenir ce niveau d'administration supplémentaire. Mais comme on l'a indiqué précédemment, l'un des points forts de l'approche suédoise réside dans la volonté d'expérimenter et d'innover, ce qui ne serait probablement pas possible si le système était entre les mains de l'administration centrale. Il est clair qu'il y a ici un choix à faire.

- L'assurance sociale obligatoire s'apparente au financement par l'impôt, à ceci près qu'elle permet plus facilement de préfinancer une partie des dépenses liées au

vieillesse (parce que l'argent peut être cantonné, plus ou moins comme dans un système de retraite). Elle permettrait une amélioration en termes d'accès car le système de financement actuel de la santé, qui fonctionne selon le principe de la répartition, ne tient pas compte du fait que l'importance de l'âge milite plutôt en faveur d'une redistribution dans le temps (ce qui peut s'opérer soit par le biais d'une décision gouvernementale, soit par la création de comptes épargne-santé).

- L'assurance privée est une source supplémentaire de fonds pour le système de santé, et il sera pratiquement inévitable d'y avoir recours si les comités continuent à limiter les services qu'ils fournissent gratuitement comme c'est la tendance actuellement. Cependant, comme on l'a noté plus haut, cette solution peut poser des problèmes si les systèmes public et privé ne sont pas strictement cloisonnés et réglementés. Elle a aussi des conséquences en termes d'équité.
- L'augmentation de la participation financière des patients est également à même d'améliorer la viabilité du système sur le long terme. Bien entendu, on ne peut pas demander aux patients de payer de leur poche un montant trop élevé, sous peine de priver certains des soins dont ils ont besoin. Mais la Suède dispose en la matière d'une plus grande latitude que la plupart des autres pays du fait que la distribution des revenus y est très égalitaire : il y a relativement peu de gens qui soient véritablement trop pauvres pour pouvoir payer : ne serait-ce qu'une toute petite partie des soins qui leur sont dispensés.

Le problème de la viabilité financière à long terme du système se pose de la même façon mais avec plus de gravité pour les soins de longue durée. Les finances communales sont déjà sous pression. Au cours des dix dernières années, la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus qui bénéficiaient d'une prise en charge à domicile ou en établissement a diminué, et les communes envisagent de nouvelles réductions des placements en établissement (NBHW, 2003). D'après les prévisions à long terme, les impôts communaux devront être relevés dans une proportion comprise entre 2½ et 4 points de pourcentage pour maintenir le niveau actuel de services (tableau 5.3). Dans le contexte des soins de longue durée, cependant, les arguments qui poussent à proposer de laisser une plus grande part des dépenses à la charge des intéressés paraissent encore plus justifiés. Les générations vieillissantes ont vu leurs revenus augmenter par rapport à celles qui sont en début de carrière et beaucoup de retraités disposent d'un patrimoine assez confortable. Une option serait de revoir le niveau de la contribution demandée aux usagers : depuis 2002, cette participation est soumise à un plafond fixé par l'administration centrale, de sorte qu'un tiers des personnes âgées sont aujourd'hui gratuitement prises en charge à domicile ou en établissement, et que personne ne peut payer plus de 1 572 couronnes (170 euros) par mois.

Une seconde option consisterait à accroître le financement privé des soins aux personnes âgées par le biais d'un système d'assurance sociale dont le taux de cotisation serait fixé de manière à préfinancer au moins en partie les dépenses. Le principe de l'assurance obligatoire présente au moins deux avantages. *Premièrement*, c'est un moyen efficace de mutualiser les risques afin que les individus ou les familles n'aient pas à faire face à des frais insupportables en cas prise en charge en établissement médicalisé. *Deuxièmement*, cela permet, mieux que le système par répartition, de financer à l'avance une partie des engagements à venir, ce qui est plus équitable puisque les travailleurs d'aujourd'hui sont ainsi amenés à supporter une part plus importante de leurs dépenses de santé de demain, après qu'ils auront pris leur retraite. Le Japon, l'Allemagne, l'Autriche

et le Luxembourg ont tous institué une assurance obligatoire pour les soins de longue durée, qui a été bien accueillie par le public (OCDE, 2005a). D'ailleurs, l'association suédoise des collectivités locales a récemment fait une proposition qui envisage trois niveaux d'intervention : les paiements à la charge des usagers, l'assurance sociale et la fiscalité. Dans la pratique, le secteur privé pourrait contribuer davantage au financement des soins de santé si le gouvernement encourageait par ailleurs le développement des marchés des rentes actuariellement équitables et des prêts viagers hypothécaires²⁵, afin d'aider les gens à convertir une partie de leur patrimoine en revenu. À plus long terme, on pourrait aussi imaginer un système dans lequel les personnes âgées, qui possèdent généralement un patrimoine non négligeable, se verraient avancer le montant des dépenses qu'elles doivent acquitter pour leur santé (jusqu'à une certaine limite) en vue d'un recouvrement sur succession après leur décès (solution qui pourrait cependant créer certains problèmes²⁶).

Résumé et recommandations en matière de réforme

Le problème le plus immédiat est celui que doivent affronter les communes pour améliorer le financement et la qualité des soins psychiatriques et de la prise en charge sociale. À moyen terme, il s'agira surtout d'élargir l'accès aux soins primaires, d'améliorer la qualité des services de santé dans les régions les moins performantes et de faire en sorte que le secteur hospitalier utilise de manière plus efficiente les ressources dont il dispose. À plus long terme, enfin, les défis à relever se posent en termes financiers. Il faudra donner au système une assise financière plus stable et trouver de nouvelles sources de financement, surtout dans le domaine des soins aux personnes âgées. Tout cela bien entendu sans aller à l'encontre des traditions sociales de la Suède. Ces considérations ne sont pas nouvelles. Elles font écho à des thèmes qui avaient déjà été abordés il y a dix ans dans une étude des systèmes nordiques de santé (Alban et Christiansen, 1995), et la commission qui travaille actuellement sur le financement du système de santé traite des mêmes questions qu'une autre commission qui avait remis son rapport en 1992. Cela ne veut pas dire qu'il ne s'est rien passé entre-temps, loin de là. Il s'agit plutôt d'insister sur le fait que la plupart des réformes n'impliquent pas un changement radical du système, mais représentent plutôt une évolution ininterrompue, à l'image de celle qui transforme constamment les besoins à satisfaire.

Notes

1. Les versements directs des patients représentent environ 10 % des dépenses totales (d'après les résultats de l'enquête sur la consommation des ménages qui a montré que les ménages avaient consacré 2 % de leur revenu disponible à la santé en 1999).
2. De Graeve et van Ourti (2003), par exemple, montrent que le financement de la santé est assez neutre (quoique *légèrement* régressif dans l'ensemble), car la fiscalité est relativement uniforme et les paiements directs des patients sont limités (mais régressifs). Voir également Gerdtham et Sundberg (1996).
3. On prétend couramment que le système suédois fait une plus large place à l'hôpital que cela n'est le cas dans d'autres pays, mais il n'y a guère de données concrètes pour le prouver. Le fait est cependant, comme le montre la partie inférieure gauche du graphique 5.3, que les médecins qui travaillent à l'hôpital sont proportionnellement plus nombreux en Suède que dans les autres pays nordiques, et, comme le montre la partie inférieure droite, qu'il y a peu de généralistes par rapport aux spécialistes (même en tenant compte du fait que tous les médecins généralistes sont également comptabilisés comme des spécialistes).
4. Il va de soi que ces prévisions sont des plus incertaines. Par exemple, certaines données montrent que pour la plupart des gens les dépenses de santé se concentrent dans les dernières années de la

Encadré 5.4. **Recommandations en matière de réforme**

Accès

Améliorer l'accès aux soins primaires en simplifiant le parcours à suivre pour devenir médecin de famille (permettre l'exercice en tant que généraliste dès l'obtention du diplôme de docteur en médecine, faciliter la reconversion à la médecine générale des spécialistes des autres disciplines ou supprimer la spécialité obligatoire en médecine de famille pour les généralistes). Encourager les médecins généralistes à allonger leurs horaires de travail et à s'occuper des patients de manière plus efficace en introduisant des systèmes de paiement mixtes comportant un élément de rémunération à l'acte.

Adapter la *garantie de délai d'attente* pour faire respecter le principe selon lequel les cas les plus urgents doivent être traités en priorité (l'ordre d'inscription sur la liste d'attente ne devant être qu'un des facteurs parmi tous ceux qui doivent déterminer à quel moment tel ou tel patient doit être pris en charge).

Qualité

Atténuer la *fragmentation* du système. Réduire le nombre de comtés pour le ramener de 20 à une demi-douzaine ou moins, et fusionner les services d'urgence de manière à diminuer le plus possible le nombre de ceux qui sont en dessous de la taille minimale requise.

Améliorer l'*articulation* entre prise en charge sanitaire et prise en charge sociale en clarifiant les responsabilités et en renforçant la coordination entre communes et comtés. Intensifier les activités de réadaptation, notamment pour les personnes qui ont des problèmes psychiatriques, de drogue ou d'alcool. Veiller à ce que les communes assument toutes leurs obligations légales, si nécessaire au moyen de sanctions financières.

Prendre des mesures pour *réduire les disparités régionales* sur les plans de la qualité et de la pratique médicale, en favorisant par exemple les évaluations comparatives.

Structures et gestion

Dans le *secteur hospitalier*, renforcer le rôle des acheteurs; améliorer les mécanismes de financement, en prévoyant notamment une forme de tarification à la pathologie; favoriser la diversification des prestataires de soins en levant l'interdiction des hôpitaux à but lucratif ou en autorisant des exemptions au cas par cas – mais seulement lorsqu'un cadre réglementaire solide sera en place pour réduire le plus possible les risques d'écrémage; améliorer la gestion grâce à des systèmes plus efficaces d'évaluation des coûts des pathologies, notamment en psychiatrie, pour les soins ambulatoires et pour les soins primaires; recourir plus largement à des budgets pluriannuels. Ces réformes sont principalement de la responsabilité des conseils de comté.

Élargir les *possibilités de choix* et l'offre de services privés dans le domaine des soins aux personnes âgées.

Mettre un terme au monopole d'*Apoteket* – pour les médicaments vendus sans ordonnance et peut-être aussi pour d'autres produits pharmaceutiques.

Financement

Un *financement plus stable et plus durable* : réduire les influences de la conjoncture sur les budgets des conseils de comté en modifiant l'assiette de la fiscalité locale, en adoptant un cadre budgétaire à moyen terme ou en créant un fonds de stabilisation à l'échelon central. Pérenniser les ressources des comtés en élargissant leur assiette fiscale pour y intégrer un

Encadré 5.4. **Recommandations en matière de réforme (suite)**

impôt sur la propriété ou une part de l'impôt national sur les ventes. Dans le domaine des soins aux personnes âgées, revoir le niveau de la participation des patients aux frais, actuellement trop bas, et envisager l'option de l'assurance obligatoire comme un moyen de financer une partie du système sur le long terme.

Participation des patients aux frais : ou bien relever les plafonds appliqués, qui ont sensiblement baissé en termes réels, ou bien remplacer les montants forfaitaires par un certain pourcentage du revenu des ménages.

vie; or si tel est le cas, le fait de tenir compte uniquement du profil de dépenses par âge conduit inévitablement à surestimer la hausse prévue des dépenses publiques. Dans le scénario de référence retenu pour les soins de longue durée (graphique 5.4), les autorités ont intégré une amélioration régulière de l'état de santé à un âge donné, mais elles n'ont pas opéré le même ajustement du côté du système de soins. Ainsi, pour chaque année d'espérance de vie en plus, il est supposé que la moitié de l'accroissement équivaut à une période de vie en bonne santé (une personne âgée de 77.5 ans en 2050 est censée avoir besoin du même niveau de services de soins qu'une personne âgée de 75 ans aujourd'hui). Sans cette hypothèse, l'augmentation des dépenses de soins aux personnes âgées serait majorée de 1.3 point de pourcentage de PIB à l'horizon 2050. Mais si l'on appliquait le même raisonnement au système de soins, les dépenses seraient alors moins élevées, dans une proportion de l'ordre de 0.5 % du PIB.

5. Voir Nolte et McKee (2003) et OMS (2000). L'Organisation mondiale de la santé classe les systèmes de soins selon le niveau de santé général et la distribution de la santé dans la population, la réactivité générale du système de santé vis-à-vis des attentes et la distribution de cette réactivité dans la population, et le degré d'équité du financement, compte tenu du niveau de développement économique et du niveau d'instruction propre à chaque pays. L'étude de Nolte et McKee, en revanche, ne s'intéresse qu'à la mortalité évitable – c'est-à-dire aux décès dus à des maladies qui peuvent être traitées par le système de soins – pour établir son classement. La Suède y arrive en première position ou en quatrième lorsque les cardiopathies ischémiques sont également prises en compte, même s'il n'est pas certain, d'après les auteurs, que ces maladies puissent être considérées comme étant « évitables ».
6. Ces études montrent que les taux de mortalité sont relativement bas pour les patients victimes d'accident ischémique; que le taux de survie à cinq ans pour le cancer du sein a considérablement augmenté depuis 1980 et qu'il est maintenant supérieur à la moyenne européenne (même si les différences entre les pays ne sont pas très importantes); et que les taux de survie et de réadmission des patients admis à l'hôpital pour infarctus du myocarde aigu (crise cardiaque) se situent aux alentours de la moyenne. Voir Moon (2003), Hughes (2003) et Moïse (2003) pour un résumé de ces projets. Bien que ces études apportent des informations utiles, il est difficile d'en tirer des conclusions valables parce qu'il y a trop de facteurs qui influent sur les taux de survie en dehors du système de santé – en particulier les différents degrés de gravité des cas dans les divers pays.
7. Il existe aussi quatre registres dont la tenue est obligatoire et qui rassemblent des données sur les résultats, mais assez peu sur les traitements et l'éventail des cas. Ils couvrent le cancer, les sorties d'hôpital, les naissances et les causes de décès.
8. La moitié des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête réalisée en 2003 ont déclaré qu'il était difficile d'obtenir leur dispensaire au téléphone, et sur celles qui y étaient finalement parvenues, la moitié avait pu voir un médecin le jour même et 80 % dans un délai d'une semaine (NBHW, 2003). Mais beaucoup de gens ne prennent pas la peine d'attendre et vont consulter directement à l'hôpital.
9. Le faible nombre de consultations de médecins tient peut-être aussi à l'organisation du travail par équipes, très prisée en Suède, qui fait que les infirmières accomplissent des actes normalement dévolus aux généralistes dans d'autres pays.
10. Du fait de sa courte semaine de travail, le généraliste suédois voit en moyenne 15 à 20 patients par jour, soit nettement moins qu'en Espagne, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suisse (environ 26 à 30 visites par jour). Voir Quayle (2001) pour des données sur la Suède et le Royal College of General Practitioners (1992) pour les autres pays d'Europe.

11. Les estimations du graphique 5.6 concernant l'équité d'accès aux consultations de généralistes sont ajustées en fonction des besoins (selon l'état de santé des patients tel qu'ils l'évaluent eux-mêmes). Il y a une différence importante entre la Suède et les autres pays dans la mesure où les données suédoises recensent le nombre de visites effectuées au cours des trois derniers mois, alors que dans la plupart des autres cas la période de référence est l'année écoulée. Les probabilités de consultation ne sont donc pas comparables, mais cela ne doit pas en principe affecter les estimations de l'équité d'accès en fonction du groupe de revenu. Si l'on prend le résultat de l'Allemagne, par exemple, où la période de référence pour les consultations est également de trois mois, on n'y décèle aucune inégalité liée au revenu, alors que l'existence d'une inégalité d'accès en faveur des riches, sur la base d'observations annuelles, a été confirmée pour la Suède par van Doorslaer *et al.* (2002).
12. Ces résultats d'enquêtes sont cités dans Hjertqvist (2002).
13. Siciliani et Hurst (2003) font état d'une longue durée moyenne d'attente en 2000 pour la chirurgie de la cataracte, par rapport aux autres pays, alors que Lofgren (2002a) met en évidence des délais d'attente comparables à Stockholm et à Vancouver pour une série d'interventions chirurgicales. À l'absence d'informations s'ajoute en outre un problème d'incohérence des données sur les taux d'interventions, la chirurgie ambulatoire étant comptabilisée avec les consultations de généralistes au lieu d'être rattachée à l'activité chirurgicale.
14. Six régions, c'est peut-être même encore trop pour certains traitements, et le gouvernement a l'intention de concentrer certaines activités dans deux ou trois centres d'excellence. La question du nombre d'hôpitaux et de leurs différentes spécialités est entre les mains du Conseil national de la santé et de la protection sociale.
15. À l'hôpital, la décision de sortie relève uniquement de la responsabilité du médecin qui suit le malade.
16. Par exemple, il existe des différences importantes dans le recours à la reperfusion pour le traitement de l'infarctus du myocarde, dans l'accès à la prise en charge thérapeutique des patients atteints d'accident vasculaire cérébral et dans les taux d'interventions sur la cataracte. (NBHW, 2003)
17. La première année de l'expérience menée dans le comté de Stockholm, les soins aux malades hospitalisés se sont accrus de 8 %, les actes de chirurgie ambulatoire de 50 % et les consultations externes de 15 %. Voir Hakansson (2000) pour un examen des études correspondantes.
18. Voir Hakansson (2000) pour un tour d'horizon des travaux sur la question. À l'issue d'une enquête menée auprès de divers membres des professions de santé en Suède, auxquels il a été demandé si le système des groupes homogènes de malades était un bon système pour l'allocation des ressources dans le secteur de la santé, Quayle (2001) note que « de l'avis de la grande majorité des hommes politiques, des médecins et des économistes de la santé, il s'agit du meilleur système que l'on ait connu jusqu'ici ».
19. En principe, l'accroissement de l'activité n'est pas forcément utile s'il répond à une demande induite par le prestataire, mais rien ne prouve que cela ait été le cas en Suède.
20. Cette règle tolère une exception en cas d'exportation des services « à l'étranger », ce qui signifie en l'occurrence que les hôpitaux publics sont autorisés à faire un profit en traitant des non-résidents.
21. Il existe déjà un système de participation financière liée au revenu dans le domaine des soins aux personnes âgées. Les paiements directs sont plafonnés et un plancher de ressources s'applique de manière à garantir à chaque patient un montant minimum de revenu disponible. En d'autres termes, les personnes âgées qui ont les revenus les plus faibles ne payent rien, et celles qui ont un peu plus de ressources payent un montant réduit tant que leur revenu reste supérieur au plancher.
22. Les comtés sont responsables des transports publics, de la culture et de certaines activités éducatives dans l'enseignement secondaire, mais les dépenses de santé représentent environ 90 % de leur budget.
23. L'assiette de l'impôt sur le revenu des personnes physiques va diminuer en proportion du PIB car il y aura moins d'actifs occupés, mais cela sera compensé en partie par les impôts que les retraités devront acquitter sur leurs pensions.
24. Bien que plus durables, ces nouvelles assiettes fiscales risquent toutefois d'être moins stables considérées sur l'ensemble du cycle économique. Divers mécanismes de lissage des recettes devraient donc être envisagés, notamment le transfert des recettes de TVA de l'administration centrale aux collectivités locales sur la base d'une moyenne pluriannuelle mobile des masses imposables.

25. Voir OCDE (2005b) où il est expliqué pourquoi ces marchés sont à l'heure actuelle relativement peu développés.
26. Si le critère de patrimoine était trop strict, notamment, le niveau de l'épargne avant la retraite pourrait s'en trouver modifié. Un autre risque est celui d'une distorsion des stratégies d'épargne, car les gens pourraient décider de placer leurs avoirs dans des secteurs « protégés » comme l'immobilier ou d'autres actifs non financiers, ou bien dans des fiducies familiales, ou encore être davantage incités à dissimuler leur patrimoine à l'étranger.

Bibliographie

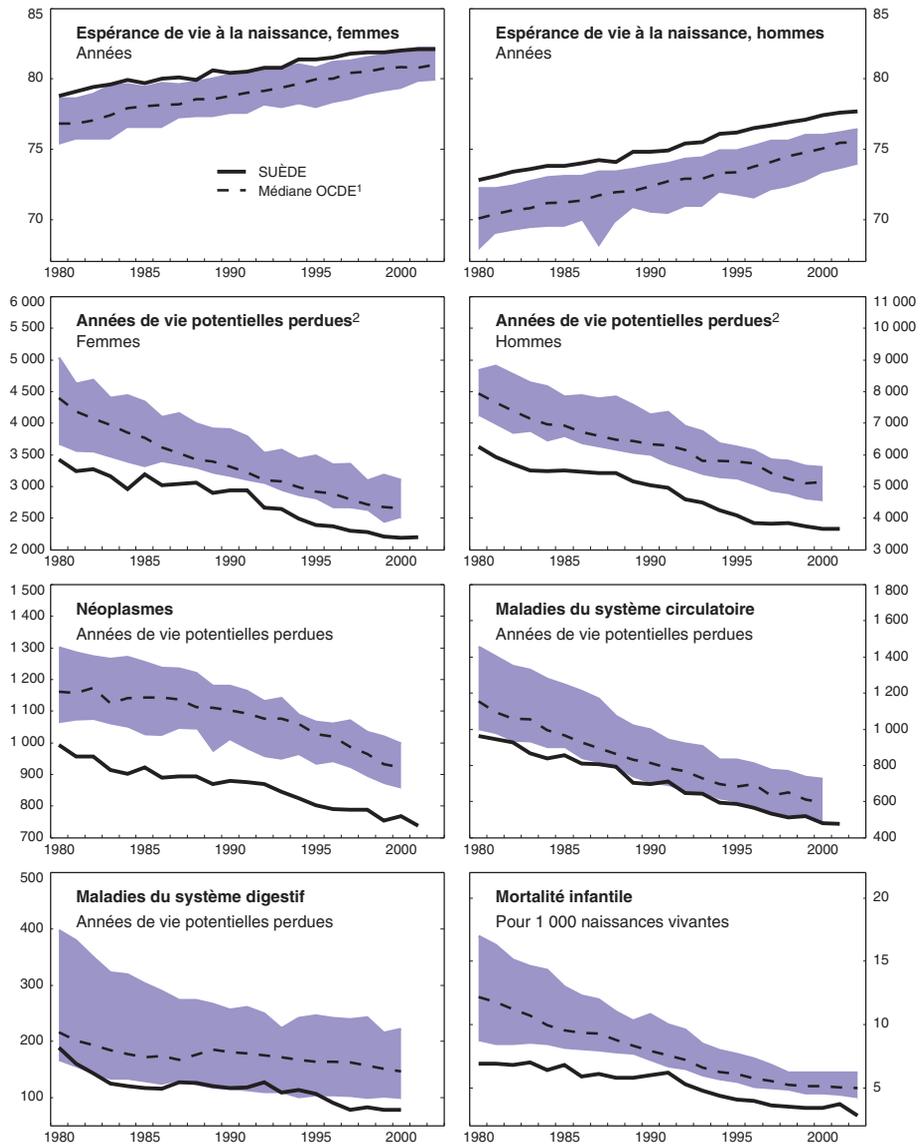
- Alban, A. et T. Christiansen (dir. pub.) (1995), *The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems*, Odense University Press, Odense.
- Anell, A. (2004), « Nya villkor för apotek och läkemedelsförsäljning. Erfarenheter från avregleringar i Danmark, Island och Norge », IHE Report 2004:2, Institut d'économie de la santé (www.ihe.se).
- Arvidsson, P., T. Movin et C. Rosell (2004), « Empirical Study of a Team-based Incentive Model in the Day Surgical Department at Huddinge University Hospital », École d'économie de Stockholm, étude de gestion des entreprises, 2004:4.
- Auditeurs parlementaires (2000), *National Objectives in Municipal Elderly Care*, Stockholm (www.riksdagen.se/rr).
- Bains, M et H. Oxley (2005), « Projections des dépenses de santé et de soins de longue durée liées au vieillissement de la population », *Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques dans le cadre du projet de l'OCDE sur la santé*, OCDE, à paraître, Paris.
- Eurostat (2001), *Enquête européenne sur les forces de travail*, Bruxelles.
- Finansdepartementet (2004), *Sveriges ekonomi – utsikter till 2020* (Étude économique à moyen terme jusqu'en 2020), ministère des Finances, Stockholm.
- Gerdtham, U.G. et P.K. Trivedi (2000), « Equity in Swedish Healthcare Reconsidered: New Results Based on the Finite Mixture Model », École d'économie de Stockholm, étude n° 365.
- Gerdtham, U.G. et G. Sundberg (1996), « Redistributive Effects of the Swedish Health Care Financing System », École d'économie de Stockholm, étude n° 115.
- Graeve (de), D. et T. van Ourti (2003), « The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review », *The World Economy*, vol. 26(10).
- Hakansson, S. (2000), « Productivity Changes After Introduction of Prospective Hospital Payments in Sweden », *Casemix*, vol. 2, n° 2.
- Hanning, M. (1996), « Maximum Waiting-time Guarantee – An Attempt to Reduce Waiting Lists in Sweden », *Health Policy*, vol. 36(1).
- Hjertqvist, J. (2001), *La réforme de la santé en Suède : des monopoles publics à la concurrence de marché*, Institut économique de Montréal.
- Hjertqvist, J. (2002), *User Fees for Healthcare in Sweden: A Two-Tier Threat or a Tool for Solidarity?*, Frontier Centre for Public Policy (www.fcpp.org), Winnipeg.
- Hughes, M. (2003), « Summary of Results from Breast Cancer Disease Study », chapitre I.4 in *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OCDE, Paris.
- IHE (2001), « Effects of Deregulating the Operation of Pharmacies – Experiences From Iceland, Norway and Denmark », *Institute for Health Information Bulletin 2/2001*, Institut d'économie de la santé (www.ihe.se).
- Lofgren, Ragnar (2002a), « Healthcare Waiting List Initiatives in Sweden », *Public Policy Sources*, n° 62, Fraser Institute, Vancouver.
- Lofgren, R. (2002b), « The Swedish Healthcare System: Recent Reforms, Problems and Opportunities », *Public Policy Sources*, n° 59, Fraser Institute, Vancouver.
- Miltenburg, F.M. et C.C. Ramakers (1999), « Evaluatie-onderzoek persoonsgebonden budget in Nederland » (Évaluation des budgets de soins individuels aux Pays-Bas), *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, vol. 77, n° 7.

- Moïse, P. (2003), « The Heart of the Healthcare System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-Related Diseases Study », chapitre I.2 in *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OCDE, Paris.
- Moon, L. (2003), « Stroke Treatment and Care: A Comparison of Approaches in OECD Countries », chapitre I.3 in *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost?*, OCDE, Paris.
- NBHW (2003), *Current Developments in Care of the Elderly in Sweden: 2004*, Conseil national de la santé et de la protection sociale, Stockholm.
- Nolte, E. et M. McKee (2003), « Measuring the Health of Nations: Analysis of Mortality Amenable to Healthcare », *British Medical Journal*, vol. 327, n° 15.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005a), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, à paraître, Paris.
- OCDE (2005b), « Les effets du vieillissement sur la demande, les marchés de facteurs de production et la croissance », ECO/CPE/WP1(2005)4, Paris.
- OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*, Genève.
- Or, Z. (2002), « Improving the Performance of Healthcare Systems: From Measures to Action (A Review of Experiences in Four OECD Countries) », *Politique du marché du travail et politique sociale : documents hors série*, n° 57, OCDE, Paris.
- Quaye, R.K. (2001), « Internal Market Systems in Sweden: Seven Years After the Stockholm Model », *European Journal of Public Health*, vol. 11, n° 4.
- The Royal College of General Practitioners (1992), *The European Study of Referrals from Primary to Secondary Care*, Occasional Paper n° 56, Londres.
- SALA (2004), *Swedish Healthcare in Transition: Resources and Results with International Comparisons*, Association suédoise des autorités locales et Fédération suédoise des conseils de comté, Stockholm.
- Saltman, R.B. et G. Berleen (2000), « The Role of Outpatient Hospital Care in Sweden and Stockholm County », rapport rédigé pour le Center for International Health at Boston University dans le cadre du Russian Legal and Regulatory Health Project.
- Siciliani, L. et J. Hurst (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 7.
- SOU (2004), *Sammenhållen hemvård, Äldrevårdsutredningen*, SOU 2004:68.
- Van Doorslaer, E. et al. (2002), « Equity in the delivery of healthcare in Europe and the US », *Journal of Health Economics* 19.
- Van Doorslaer, E. et C. Masseria (2004), « Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 14, OCDE, Paris.
- Whitehead, M., M. Evandrou, B. Haglund et F. Diderichsen (1997), « As the Health Divide Widens in Sweden and Britain, What's Happening to Access to Care? », *British Medical Journal*, vol. 315.

ANNEXE 5.A1

Indicateurs sanitaires

Graphique 5.A1.1. Indicateurs sanitaires



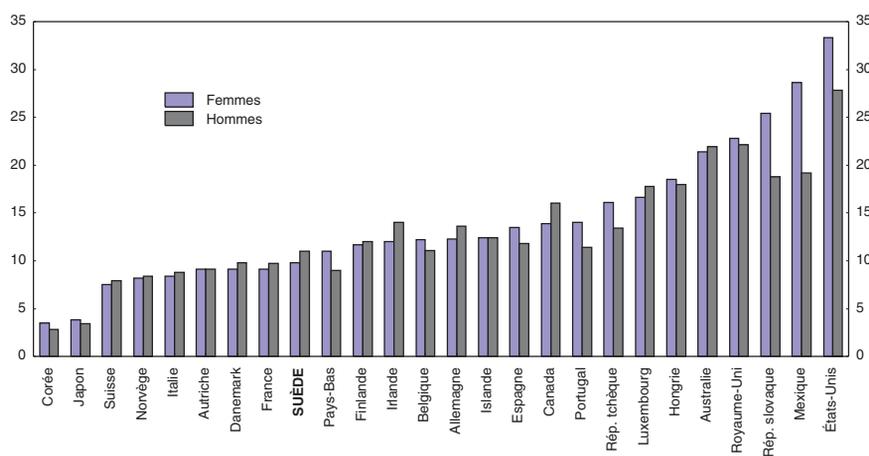
1. La zone ombrée correspond aux deux quartiles intermédiaires (la moitié des pays entrent dans cette fourchette).
2. Les années de vie potentielles perdues sont un indicateur synthétique de la mortalité évitable ou prématurée, qui permet de tenir compte de façon explicite des décès survenant avant 70 ans qui sont en principe évitables. Il s'agit des années de vie perdues pour 100 000 personnes.

Source : Éco-Santé OCDE 2004.

ANNEXE 5.A2

Aspects du mode de vie qui influent sur la santé

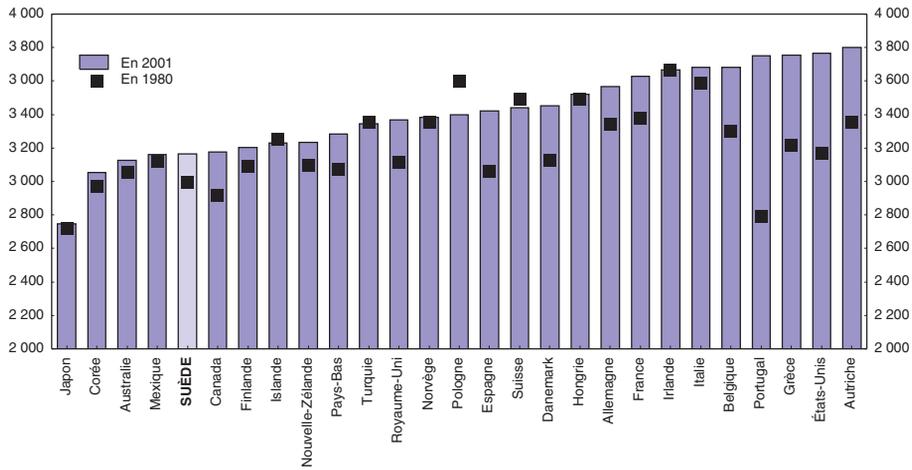
Graphique 5.A2.1. **Les Suédois sont relativement peu touchés par l'obésité**
 Pourcentage de personnes ayant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30kg/m², 2002



Source : Éco-Santé OCDE 2004.

Graphique 5.A2.2. L'apport calorique est peu élevé

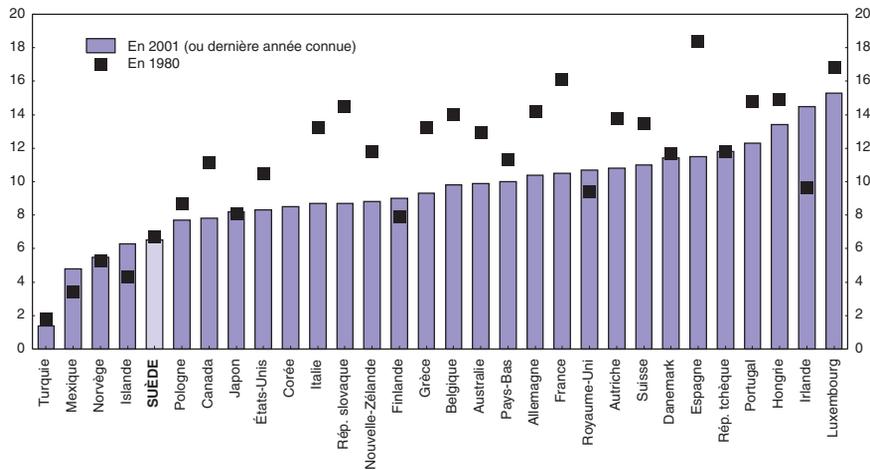
Apport calorique journalier total



Source : Éco-Santé OCDE 2004.

Graphique 5.A2.3. La consommation d'alcool est faible

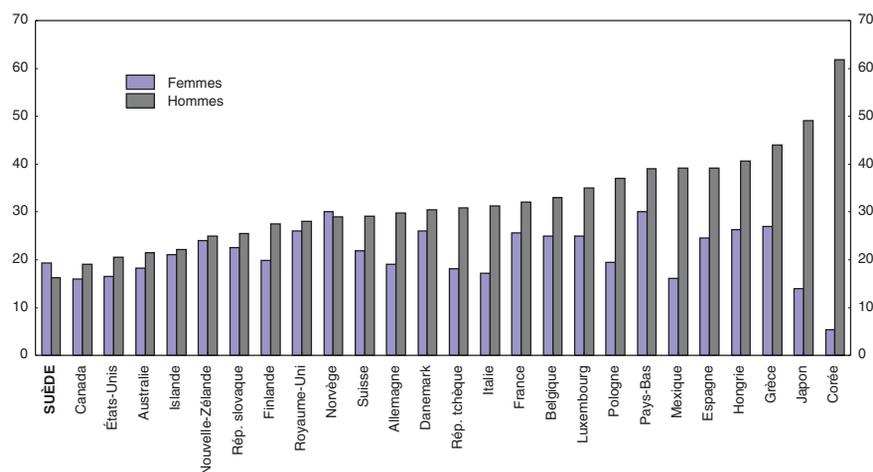
Consommation annuelle d'alcool pur, en litres par personne de 15 ans ou plus



Source : Éco-Santé OCDE 2004.

Graphique 5.A2.4. Les Suédois ne sont pas de gros fumeurs

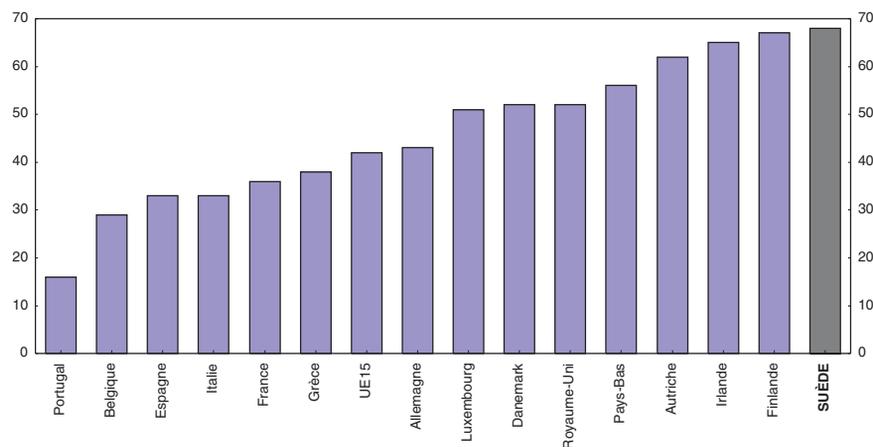
Pourcentage de personnes fumant au moins une fois par jour, 2002 ou dernière année connue



Source : Éco-Santé OCDE 2004.

Graphique 5.A2.5. Les Suédois font beaucoup d'exercice

Pourcentage d'adultes faisant au moins trois heures de sport par semaine, 1997



Source : Institute of European Food Studies.

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(10 2005 09 2 P) ISBN 92-64-01155-2 - N° 54160 2006

Suède

Thème spécial : Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé

Études économiques

Allemagne, septembre 2004
Australie, février 2005
Autriche, juillet 2005
Belgique, mai 2005
Canada, décembre 2004
Corée, novembre 2005
Danemark, mars 2005
Espagne, avril 2005
États-Unis, décembre 2005
Finlande, décembre 2004
France, septembre 2005
Grèce, septembre 2005
Hongrie, juillet 2005
Irlande, mars 2006
Islande, avril 2005
Italie, novembre 2005
Japon, mars 2005
Luxembourg, septembre 2003
Mexique, novembre 2005
Norvège, octobre 2005
Nouvelle-Zélande, septembre 2005
Pays-Bas, décembre 2005
Pologne, juin 2004
Portugal, novembre 2004
République slovaque, septembre 2005
République tchèque, janvier 2005
Royaume-Uni, novembre 2005
Suède, août 2005
Suisse, janvier 2006
Turquie, décembre 2004
Zone euro, septembre 2005

Économies des pays non membres

Brésil, février 2005
Bulgarie, avril 1999
Chili, novembre 2005
Chine, septembre 2005
Les États baltes, février 2000
Roumanie, octobre 2002
Fédération de Russie, septembre 2004
Slovénie, mai 1997
République fédérale de Yougoslavie,
janvier 2003

Les abonnés à ce périodique peuvent accéder gratuitement à la version en ligne. Si vous ne bénéficiez pas encore de l'accès en ligne à travers le réseau de votre institution, contactez votre bibliothécaire. S'il s'agit d'un abonnement individuel, écrivez-nous à :

SourceOECD@oecd.org

www.oecd.org

ISSN 0304-3363
ABONNEMENT 2005
(18 NUMÉROS)



ISBN 92-64-01155-2
10 2005 09 2 P



Volume 2005/9 – Août 2005